

UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE
ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-femme

**Les consultations de suivi de grossesse
chez les sages-femmes libérales**

*Etude sociologique à partir d'observations de consultations de grossesses chez les
sages-femmes libérales.*

Yzé DURANTEAU

Née le 26 août 1993

Directrice de Mémoire : Madame Anne-Chantal HARDY

Années Universitaires 2011-2016

Merci,

A Madame Hardy, sociologue, pour ses précieux conseils et le temps qu'elle m'a accordé au cours de ce travail.

A Madame Isabelle Hervo-Desmeure, sage-femme enseignante, pour sa disponibilité, ses conseils et son soutien constant tout au long de ce projet.

Aux sept sages-femmes, par leur temps accordé afin de me permettre de mener les observations nécessaires à la réalisation de ce mémoire.

A toutes les patientes qui m'ont autorisé à participer à leur consultation de grossesse et pour vos gentils encouragements.

Un merci tout particulier à ma maman et à mon papa, qui ont toujours cru en moi et qui m'ont permis d'être devenue la personne que je suis.

A Louna, ma petite sœur, pour sa présence. Merci d'avoir toujours été là pour moi.

A Olivier, pour son soutien, sa présence et sa patience au quotidien.

A tous mes amis et plus spécialement Barbara, Elise et Mathilde, pour tous ces bons moments partagés ensemble et leur présence indispensable depuis toutes ces années.

Enfin, je remercie l'ensemble de ma promotion et tout particulièrement Charlotte, Clémence et Marie, mes trois plus belles rencontres.

Glossaire

HAS : Haute Autorité de Santé

ORS : Observatoire Régionale de Santé

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation, et des Statistiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

CMU : Couverture Maladie Universelle

AME : Aide Médicale Etat

PMI : Protection Maternelle et Infantile

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

PCS : Professions et Catégories Socioprofessionnelles

DE : Diplôme d'Etat

DIU : Diplôme Inter Universitaire

SFL : Sage-Femme Libérale

MG : Médecin Généraliste

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

SA : Semaines d'Aménorrhée

HTA : Hypertension Artérielle

TA : Tension Artérielle

BDC : Bruits Du Coeur

Introduction.....	1
I. Généralités	2
I.A La prise en charge des grossesses du XVII^e siècle à aujourd’hui	2
I.A.1 - Rôle de la sage-femme et du médecin : des pratiques qui se médicalisent.....	2
Une naissance traditionnelle jusqu’au XVII ^e siècle.....	2
Le XVIII ^e siècle: la fin d’une influence menée par les sages-femmes	2
La médicalisation de la naissance au XIX ^e siècle	3
Au XX ^e siècle : un suivi de grossesse et un accouchement à l’hôpital	3
I.A.2 - L’évolution du contexte périnatal en France.....	5
Premier plan en Périnatalité.....	6
Second plan de Périnatalité.....	7
Plan « Humanité - Proximité - Qualité - Sécurité ».....	8
I.A.3 - Un suivi prénatal réglementé par l’HAS.....	9
I.B - Sage-femme, médecin généraliste ou gynécologue-obstétricien ?	11
I.B.1 - La place des médecins libéraux dans le suivi de grossesse	11
Les médecins généralistes.....	11
Les gynécologues-obstétriciens	11
I.B.2 - Qu’en est-il des sages-femmes ?	12
Les compétences	12
Les consultations de grossesse.....	13
I.C- L’environnement médical des Pays de Loire.....	13
I.C.1 - Les établissements de santé.....	13
I.C.2 - Les professionnels de santé disponibles	14
Les médecins généralistes.....	14
Les gynécologues- obstétriciens	15
Les sages-femmes libérales	15
II. Etude.....	16
II.A - Présentation de l’étude.....	16
II.A.1 - Objectifs et hypothèses	16
II.A.2 - Matériels et méthodes	17
Projet initial	17
Méthode finale	19
II.A.3- Les difficultés, les biais et les limites	20
II.B - Présentation des sages-femmes et de leurs cabinets	21
II.B.1 - Les cabinets de sages-femmes libérales.....	21
Le cabinet : un espace de vie agréable.....	21
Une salle d’attente conviviale.....	21
Une pièce d’examen accueillante et chaleureuse.....	22
II.B.2 Pourquoi sage-femme libérale ?.....	23
II.B.3 Un univers et des pratiques propres à chacune.....	25
Un cabinet rural et « nature »	25
Un cabinet péri-urbain plutôt « ethnique »	26
Un cabinet « entrepreneurial et citadin » en centre-ville.....	26

II.C - Les patientes.....	28
II.C.1 Les caractéristiques de ces femmes.....	28
L'âge.....	28
Le niveau d'études.....	29
La catégorie socioprofessionnelle (PCS).....	29
Situation maritale.....	32
Parité.....	32
Suivi des précédentes grossesses.....	33
Suivi gynécologique en dehors de la grossesse.....	33
Lieu d'accouchement souhaité.....	34
II.C.2 Que recherchent t-elles dans le suivi prénatal d'une sage-femme libérale ?.....	36
Une proximité relationnelle et sociale.....	36
Un accompagnement privilégié.....	37
Un plus, dans une prise en charge déjà bien médicale.....	38
II.D - Les consultations de grossesse : la rencontre.....	40
II.D.1 - Qu'est ce qu'une consultation de grossesse chez une sage-femme libérale ?.....	40
L'expression.....	40
Le terme de la grossesse.....	40
La durée.....	41
Les différentes périodes.....	43
Les différents thèmes.....	44
II.D.2 - Les caractéristiques des différents temps de la consultation.....	44
Le temps d'introduction.....	44
La durée.....	45
Les échanges.....	45
Les thèmes abordés.....	47
Le temps d'examen clinique.....	49
La durée.....	50
Les échanges.....	50
Les actes réalisés.....	51
Les thèmes abordés.....	53
Le temps de conclusion.....	54
La durée.....	54
Les échanges.....	55
Les thèmes abordés.....	56
Les prescriptions et les conseils.....	58
Conclusion.....	62
Bibliographie.....	64
Annexe 1 :.....	67
Annexe 2 :.....	71
Annexe 3 :.....	79

Introduction

Le suivi des grossesses à bas risque jusqu'au 7^{ème} mois inclus, peut-être effectué par plusieurs professionnels de santé : gynécologues-obstétriciens, médecins généralistes ou sages-femmes. Les consultations du 8^{ème} et 9^{ème} mois étant majoritairement réalisées sur le lieu prévu d'accouchement, le professionnel de santé qui accueille la patiente ces derniers mois se doit donc de constituer un dossier reprenant l'ensemble des données médicales recueillies lors du suivi de la grossesse. A l'occasion de stages à l'hôpital que j'ai constaté qu'il existait une multitude de différences dans le suivi prénatal dont avaient bénéficié les patientes, notamment entre le médecin généraliste et la sage-femme libérale. Les caractéristiques des consultations: la durée, les thèmes abordés, les gestes de l'examen clinique, l'écoute m'ont semblé très différentes d'un professionnel à l'autre mais les pratiques des sages-femmes libérales semblaient cependant se démarquer le plus.

C'est devant ce constat et les nombreux travaux déjà réalisés sur les caractéristiques du suivi de grossesse par le médecin généraliste que nous avons décidé de nous intéresser aux particularités des suivis de grossesses par les sages-femmes libérales afin de mieux comprendre qu'elles étaient les différences et les similitudes entre ces deux types de suivis: comment travaillent les sages-femmes libérales ? En quoi leurs pratiques sont-elles différentes ?

Nous avons également trouvé important de chercher à comprendre et à connaître ces sages-femmes et ces patientes qui confient leur suivi de grossesse aux sages-femmes libérales afin de pouvoir décrire au mieux les interactions qui en résultent lors des consultations.

Pour tenter d'expliquer et d'apprécier les particularités d'un suivi prénatal avec une sage-femme libérale, nous avons choisi d'aller observer ces consultations. Le recueil de données s'appuie donc sur la réalisation d'observations directes non participatives de ces consultations de grossesse et l'analyse de ce qui les compose : les interactions entre la sage-femme et la patiente, les durées, les séquences, les actes, etc.

Ce travail sera exposé en plusieurs parties. La première sera consacrée à l'évolution de la prise en charge des grossesses, d'un point de vue historique et sociétal ainsi que les recommandations en matière de suivi prénatal des années 1970 à aujourd'hui. Par la suite, nous présenterons les cabinets et les sages-femmes libérales que nous avons observé ainsi que leur patientèle. Dans la troisième partie, nous donnerons une description générale de ce que sont les consultations de grossesse chez les sages-femmes libérales. Puis, nous nous intéresserons aux variations de personnes et de comportements lors de ces consultations.

I. Généralités

I.A La prise en charge des grossesses du XVII^e siècle à aujourd'hui

I.A.1 - Rôle de la sage-femme et du médecin : des pratiques qui se médicalisent

La profession de sage-femme, une des plus anciennes qui soit, jouit depuis de nombreuses années, d'un certain prestige dans la population car elle est rattachée à un moment fort de la vie: l'arrivée d'un enfant. C'est aux XVII^e et XVIII^e siècles, avec l'apparition d'abord timide puis décidée des hommes accoucheurs que le rôle des sages-femmes va être bousculé. Au XIX^e siècle, les développements de l'obstétrique, de l'anesthésie et de l'hygiène changent les conditions d'accueil dans les hôpitaux et conduisent au XX^e siècle, au basculement définitif de la majorité des accouchements du domicile vers le milieu hospitalier, ce qui aboutira à une médicalisation totale de la naissance.

Une naissance traditionnelle jusqu'au XVII^e siècle

Pendant des siècles, les naissances ont eu lieu à la maison. La parturiente était assistée par un entourage exclusivement féminin: au centre, la matrone (appelée "la femme qui aide" ou "bonne mère") est bien connue de tout le village. On la préfère veuve ou dégagée de l'éducation de ses enfants pour la laisser totalement disponible au chevet des parturientes. Elle a un savoir empirique, sans formation théorique. Seules les pauvresses ou les filles mères sans ressources accouchaient à l'hôpital qui à l'époque, n'est pas un établissement de soins mais un lieu d'assistance où l'on recueille les malades pauvres. On y meurt beaucoup plus qu'ailleurs, à cause de l'entassement et de la contagion des « fièvres » que l'on ne sait pas maîtriser. Parallèlement, aux XVII^e et XVIII^e siècles, la naissance commence à ne plus être seulement une histoire de femmes. Les hommes interviennent de plus en plus : des « accoucheurs » ou « chirurgiens » qui prêtent leur aide lorsque la naissance se déroule difficilement. Peu à peu, ils commencent à rédiger des traités d'obstétrique et à vouloir réaliser des accouchements ordinaires pour accroître leur exercice et gagner davantage d'argent.¹

Le XVIII^e siècle: la fin d'une influence menée par les sages-femmes

La "mode" de l'accoucheur se répand dans la noblesse et dans la bourgeoisie. Non sans réticence, certaines parturientes sont effrayées par les chirurgiens et les maris craignent une possible séduction de leur femme. Cependant, les accoucheurs savent vite se rendre indispensables auprès des maris qui ne veulent plus voir mourir leurs femmes et pour qui ils représentent la force et la sécurité. Plus profondément, les femmes n'acceptent plus de mourir en couches, elles veulent la vie sauve pour elles et pour leurs bébés. L'accoucheur réussit également à s'imposer parce qu'il travaille avec de nouveaux instruments relativement efficaces, les leviers et les forceps. Ces instruments deviennent le privilège exclusif des médecins ou chirurgiens puisque matrones et sages-femmes, même instruites, n'ont pas le droit de s'en servir.

Malgré le fait que les hommes soient de plus en plus nombreux à pratiquer l'obstétrique, les matrones font encore l'essentiel des accouchements, surtout à la campagne.

À partir de 1760, pour empêcher les mères et les enfants de mourir en trop grand nombre, le premier lieu de formation des sages-femmes est l'Hôtel-Dieu de Paris. Angélique du Coudray (1712-1792) instaure un

¹ Y. KNIBIEHLER et C. FOUQUET, *L'Histoire des mères du Moyen Âge à nos jours*, Paris, Montalba, 1980, 367 p.

enseignement itinérant des techniques d'accouchement.²

La médicalisation de la naissance au XIX^e siècle

Depuis Madame du Coudray, l'enseignement des sages-femmes n'a cessé de se perfectionner et de s'adapter à l'évolution des connaissances des sciences médicales. Ainsi, les programmes ont été changés à de multiples reprises, au fil du temps ils se sont adaptés aux besoins de formation et aux capacités requises pour exercer. En théorie, les sages-femmes n'ont le droit de faire que les accouchements naturels et doivent appeler le médecin pour les accouchements "laborieux" nécessitant le recours aux forceps ou à la césarienne. Cependant, au début du XIX^e siècle, malgré une meilleure formation des soignants, les hôpitaux restent encore des lieux effrayants qui n'accueillent que les indigentes et les mères célibataires. Les naissances y sont bien plus dangereuses qu'à domicile. C'est seulement après 1870 qu'est mis en œuvre la première politique de prévention de la fièvre puerpérale par une hygiène rigoureuse, permettant alors une baisse radicale de la mortalité maternelle et peu à peu l'hôpital a cessé de faire peur.³

L'accouchement à l'hôpital est un fait important qui est venu modifier le métier et le rôle de la sage-femme. Le XIX^e siècle a vu l'arrivée de l'hôpital moderne et de l'hygiène hospitalière engendrant la médicalisation de la naissance. Cette notion de médicalisation de la naissance est en grande partie liée à l'idée de préservation des naissances dans un contexte de révolution industrielle et de besoin d'accroissement de la population. L'hôpital devient alors le gage de la sécurité du corps.

Au XX^e siècle : un suivi de grossesse et un accouchement à l'hôpital

A la fin du 19^{ème} siècle, la notion de surveillance médicale de la grossesse est introduite pour la première fois par Pinard et Tarnier mais reste très limitée. A Paris, jusqu'en 1885, il n'existe qu'une seule maternité proposant des consultations en cours de grossesse. Ce n'est qu'en 1914 qu'une circulaire d'application de la loi de 1913 précise que « pendant la dernière période de la grossesse la mère doit, dans toutes les mesures du possible, être surveillée par un médecin ou une sage-femme ». Cette circulaire parue au début de la guerre n'est peut-être pas un hasard.

Au début des années 1920, outre les aspects médicaux spécifiques, nous assistons à une amélioration importante de l'hygiène sociale et de manière plus générale des conditions de vie de la population. Les conditions de la naissance se modifient de manière notable. Sous l'influence de l'industrialisation, les familles évoluent, de la grande famille rurale on passe progressivement à la famille urbaine et le nombre d'enfants décroît. L'enfant prend alors une place centrale. Sa santé revêt une importance nouvelle, il devient peu à peu le centre des préoccupations familiales.⁴

A partir de 1935, la grande guerre conduisant à un déficit des naissances par rapport aux décès et la victoire sur la fièvre puerpérale grâce aux progrès de l'hygiène et des techniques obstétricales vont orienter les accoucheurs vers les consultations de grossesse et la prévention. La notion de maternité s'étend au-delà de la simple notion de « maison d'accouchements ». Elle doit avoir pour mission de travailler scientifiquement autour de la fonction de reproduction et assister médicalement et socialement les futures mères. Ces

² GELIS., (Jacques), *La sage-femme ou le médecin*, Paris, Fayard, 1988.

³ Beauvalet-Boutouyrie (Scarlett), *Naître à l'hôpital au XIX^e siècle*, Paris, Belin, 1999, 432p.

⁴ RUMEAU-ROUQUETTE., *Bien naître. La périnatalité entre espoir et désenchantement*. Paris: EDK, 2001.

nouvelles données vont bousculer les sages-femmes, qui pour la majorité exercent encore en dehors des structures hospitalières. C'est seulement en 1952 que l'on verra l'évolution s'accélérer et la majorité des accouchements auront désormais lieu en milieu hospitalier.⁵

Les choix faits en matière d'organisation sanitaire auprès des femmes enceintes, des accouchées et des nourrissons vont alors bousculer l'exercice traditionnel des sages-femmes, qui ne seront plus les seules à prodiguer assistance ou soins.⁶

La loi des Assurances Sociales du 5 avril 1928 et du 30 avril 1930 instituent, pour les salariés titulaires d'un contrat de travail, une assurance pour les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès. Cependant, les femmes enceintes se font rembourser totalement les frais de consultation auprès des médecins alors qu'il n'est que partiel si l'examen est réalisé par une sage-femme. Cela continue de réserver la prise en charge des consultations de femmes enceintes et de nourrissons aux médecins. Les sages-femmes se retrouvent une fois de plus confrontées aux médecins qui tentent de détenir le monopole en matière de surveillance des grossesses mais aussi d'accouchements. Elles font également face aux infirmières qui interviennent de plus en plus dans la prise en charge des patientes lors des suites des couches.⁷

Parallèlement, le contenu des études de sages-femmes va être particulièrement remanié pendant la période de l'occupation. En 1943, une loi dispose que les études de sage-femme se déroulent sur trois ans, un an en commun avec les infirmières pour apprendre les soins généraux et les bases de la médecine, puis deux ans pour l'obstétrique, la gynécologie et la pédiatrie. De nombreux mouvements et associations vont ensuite se développer dans ce climat d'après-guerre et en 1945, sera créé le premier ordre des sages-femmes présidé jusqu'à en 1995 par un médecin. Il a pour but de défendre les intérêts, de garantir les qualités professionnelles et la moralité de ses membres. Au lendemain de la seconde guerre mondiale, la Protection Maternelle et Infantile (PMI) est créée. L'objectif est d'apporter une réponse médicale aux conditions de vie précaires engendrées par la guerre. Les associations de sages-femmes ne cessent de se multiplier défendant leur place auprès des femmes enceintes dans le suivi et l'accompagnement de leurs grossesses comme lors de leurs accouchements⁸

En 1973, les études de sage-femme deviennent indépendantes des autres formations de santé et le nouveau programme supprime l'année commune avec les infirmières. De nouvelles notions sont également introduites, telles que la législation ou la psychologie et le concours d'entrée devient obligatoire. A partir de 1983, le bac devient obligatoire pour intégrer la formation.

Une grande réforme intervient en 1986, dont un arrêté de 1985 fixe la durée des études à quatre ans avec la réalisation d'un mémoire de fin d'études. La formation s'adapte aux nombreuses fonctions accordées aux sages-femmes. Un nouveau pas sera fait en 2002, pour accéder à la formation de sage-femme, les étudiants doivent, au même titre que les médecins, avoir validé l'examen classant de fin de première année (PCEM1).

⁵ F. THÉBAUD, *Quand nos grands-mères donnaient la vie...La maternité en France entre les deux guerres*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1986, 315 p.

⁶ *Histoire de la formation des sages-femmes en France*, Jeanne Bethuys 2011-2012/ Uvmaf

⁷ *Historique du système français de Sécurité sociale, Rapport de la Sécurité sociale de 2011, Cour des comptes, septembre 2011.*

⁸ *Histoire de la formation des sages-femmes en France*, Jeanne Bethuys 2011-2012/ Uvmaf

Les sages-femmes diagnostiquent, prescrivent et réalisent des actes médicaux. Profession médicale à compétences définies cela explique l'intérêt de cette première année de médecine, permettant ainsi d'acquérir une réflexion médicale plus approfondie (anatomie, physiologie, etc.) Enfin, la réforme des études de santé intervenue en 2009 crée la première année des études communes de santé (PAES).⁹

Progressivement, les sages-femmes furent éclipsées par les médecins du domaine de l'obstétrique mais par la suite une notion s'est de nouveau imposée : une naissance naturelle et sans complication ne réclame pas d'intervention médicale. Ainsi, depuis les dernières décennies, l'obstétrique n'est plus considérée comme un des secteurs de la chirurgie mais comme un processus initialement physiologique où les sages-femmes ont entièrement leur place. Ces dernières ont alors repris progressivement leur fonction auprès des femmes enceintes: assurant une prise en charge des grossesses physiologiques et se référant à un médecin lors de situations potentiellement pathologiques. Lors du suivi prénatal à bas risque, elles assurent les consultations de grossesses obligatoires mais aussi la PNP (Préparation à la Naissance et à la Parentalité) et gardent toujours une place de choix lors de l'accouchement des femmes. Les futures mères ont donc la possibilité de consulter un médecin ou une sage-femme dès le début de la grossesse et seront orientées entre les différents professionnels de santé en fonction des éventuels facteurs de risques qu'elles présentent.

Le métier de sage-femme ainsi que les modalités du suivi de la grossesse et les techniques d'accouchement ont connu de grands bouleversements historiques, dont les plus importants sont arrivés avec l'apparition de l'hygiène et du principe de prévention. Avant les années 1960, les sages-femmes étaient en grande majorité libérales et leur exercice concernait principalement l'accouchement. Progressivement, les naissances à domicile sont devenues minoritaires et les sages-femmes ont progressivement rejoint les établissements de santé. Aujourd'hui, elles commencent généralement leur carrière en établissement puis s'orientent secondairement vers le secteur libéral.¹⁰ En lien avec ces bouleversements, les études de sage-femme ont largement évolué au cours de ces dernières années, ce qui leurs confèrent de nombreuses responsabilités et une plus grande implication dans le suivi des femmes enceintes et des nouveau-nés. L'élargissement des compétences permet aux sages-femmes de déclarer les grossesses depuis 2005, mais aussi, et depuis plus récemment, de réaliser le suivi gynécologique de prévention des femmes en âge de procréer.

Au regard de cet historique, il est intéressant de s'interroger sur l'uniformisation ou non des pratiques des sages-femmes par rapport à celles des médecins. La « médicalisation » de la profession de sage-femme signifie-t-elle que ces dernières calquent leurs pratiques sur celles des médecins ou au contraire gardent-elles une spécificité ?

I.A.2 - L'évolution du contexte périnatal en France

La surveillance des femmes enceintes a beaucoup évolué, notamment depuis le XVIII^e siècle. La grossesse et l'accouchement sont perçus comme des processus physiologiques et naturels qui nécessitent à la fois un accompagnement respectant la sécurité affective mais aussi un suivi médical assurant une prise en charge adaptée.

⁹ <http://ordre-sages-femmes.fr/> Exercice de la profession et histoire de la profession.

¹⁰ Chapitre VI Rôle des sages-femmes dans le système de soins, Rapport de la Sécurité sociale de 2011, Cour des comptes, septembre 2011.

En 1938, le taux de mortalité infantile en France est élevé: 71/1000 et place la France au 7^{ème} rang des pays européens, derrière les Pays Nordiques. Quant à la mortalité maternelle, elle passe de 297/100 000 en 1925 à 200/100 000 en 1940. C'est dans ce contexte, au lendemain de la seconde guerre mondiale, que la surveillance de la grossesse est instaurée: trois examens médicaux sont préconisés au cours de la grossesse et un autre un mois après l'accouchement. Ces examens conditionnent le versement des allocations, mis en place en 1932 par la politique de la famille. En 1952, le système est tant bien que mal mis en place.¹¹

Le décret du 19 juillet 1962 renforce la surveillance prénatale par la création d'une quatrième visite en cours de grossesse et un dépistage des incompatibilités fœto-maternelles.

Pendant cette période, les moyens et le lieu d'accouchement évoluent mais la surveillance de la grossesse en elle-même varie peu: l'examen clinique recommandé avec prise de tension artérielle (TA), palpation, mesure de la hauteur utérine, écoute des bruits du cœur (BDC) et toucher vaginal éventuel reste, avec les examens sanguins et d'urines, les piliers fondamentaux de la surveillance. Dans les années soixante, c'est le médecin généraliste est le plus souvent consulté.¹²

Premier plan en Périnatalité

En 1970, un programme de périnatalité est lancé. Ce programme intervient en période d'expansion économique ce qui sera moins le cas pour les suivants. Une enquête nationale est réalisée en 1972 pour mesurer les indicateurs de prévention et de soins, avant la mise en place effective du programme de périnatalité. Entre 1975 et 1980, une nouvelle réglementation du travail des femmes enceintes est établie: adaptation du temps de travail et instauration du congé maternité rémunérée pour toutes les salariées.

Sur cette période de 10 ans, de nombreux changements apparaissent. La surveillance de la grossesse se modifie. Le nombre de consultations prénatales augmente avec « l'obligation » d'effectuer sept examens prénataux. En 1972, les examens restent classiques mais l'échographie se développe rapidement à partir de 1976 et, en 1981, 80% des femmes bénéficient de cet examen. L'utilisation des progrès médicaux et des techniques a permis une meilleure prise en charge de la femme et de son fœtus. Il en résulte une chute significative de la mortalité périnatale à 12,3/1000 en 1981, au-delà des objectifs fixés par le plan (18/1000).¹³

Ce programme de périnatalité remporte du succès sur bien des points. Les indicateurs évoluent rapidement : le nombre de consultations prénatales augmente de façon très nette, les taux de mortalité périnatale et de prématurité chutent de manière considérable. L'établissement de nouvelles normes hospitalières et plus spécialement la fermeture des petites maternités y joue un grand rôle.¹⁴

Depuis les années 1980, les techniques médicales prennent une place de plus en plus importante dans le suivi de la grossesse avec l'échographie obstétricale de plus en plus performante, l'amniocentèse, les techniques

¹¹ RUMEAU-ROUQUETTE., *Bien naître... op.Cit.*

¹² A cette période, on ne rembourse que les consultations de grossesse effectuées par les médecins et le médecin généraliste est la personne la plus facilement accessible pour les patientes.

¹³ RUMEAU-ROUQUETTE., *Bien naître... op.Cit.*

¹⁴ CLAUTOUR L., *Parcours de suivi de grossesse de femmes résidant en zone sous-médicalisée. Étude qualitative dans le Sud-Est de la Vendée, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, université de Nantes, 2013, p 9.*

de procréation médicalement assistée et la réanimation néonatale qui permet de prendre en charge les nouveau-nés prématurés.

Toutes ces techniques nécessitent une spécialisation croissante et les médecins généralistes sont ainsi progressivement éloignés du suivi de grossesse.¹⁵ Le suivi par le médecin généraliste seul diminue et passe de 27,1% en 1972 à 19,4% en 1976.¹⁶ A contrario, les gynécologues-obstétriciens prennent une large place dans ce nouveau suivi des femmes enceintes et on y voit également une implication croissante des sages-femmes hospitalières.

Malgré cela, le rythme d'amélioration de la prise en charge des grossesses, des femmes et des nouveau-nés en France est moins rapide que dans les autres pays industrialisés. Ce constat amènera à la création d'un second plan de périnatalité, en 1994.

Second plan de Périnatalité

Ce plan, publié en avril 1994, fixe quatre objectifs à atteindre en cinq ans :

- diminuer la mortalité maternelle de 30% ;
- diminuer la mortalité périnatale d'au moins 20% ;
- réduire le nombre des enfants de faible poids de naissance de 25% ;
- réduire de moitié le nombre de femmes enceintes peu ou pas suivies au cours de la grossesse.

Pour atteindre ces objectifs, le gouvernement adopte un plan en seize mesures répondant à cinq priorités :

- permettre plus de sécurité lors de l'accouchement ;
- améliorer le suivi de grossesse ;
- améliorer les soins aux nouveau-nés ;
- rendre les conditions d'accouchement plus humaines ;
- pratiquer une évaluation de la politique suivie.

En 1998, une nouvelle enquête périnatale est réalisée et remarque :

- Une augmentation de la prématurité et de la proportion d'enfants d'un poids de naissance inférieur à 2500g ;
- Une augmentation du taux de césarienne. Si elle correspond à une certaine forme de progrès, elle témoigne également d'une surmédicalisation de la grossesse et de la naissance ;
- Un recul de l'âge maternel avec les risques que cela comporte pour l'enfant et la mère ;
- Une augmentation du nombre de femmes consultant l'équipe obstétricale responsable de l'accouchement, permettant ainsi de meilleures conditions de sécurité.¹⁷

Dans une démarche de proximité, sécurité et qualité, les décrets du 9 octobre 1998 classent les maternités en trois types en fonction du niveau de soins aux nouveau-nés. Les maternités de type I sont sans unité de soins dédié au nouveau-nés, les maternités de type II disposent d'un service de néonatalogie et les maternités de

¹⁵ HADJI-KOBIYH M. *Place du médecin généraliste dans le suivi de grossesse. Thèse de Médecine Générale n°3726, Faculté de Caen, 2009 p27.*

¹⁶ BLONDEL B., NORTON J., MAZAUBRUN C., *Enquête nationale périnatale de 1998, 25p, ORS, 1999.*

¹⁷ BLONDEL B., NORTON J., MAZAUBRUN C. *op Cit, p 10-12.*

types III présentent un service de néonatalogie et de réanimation néonatale.¹⁸ Ce second plan prendra fin en 2000. L'enquête périnatale de 2003 témoigne de l'évolution de la prise en charge des naissances. Ce plan a permis à plus de femmes de bénéficier d'au moins une échographie pendant la grossesse, d'augmenter l'utilisation de l'analgésie péridurale et la fréquence des visites prénatales.

Plan « Humanité - Proximité - Qualité - Sécurité »

En novembre 2004, un nouveau plan périnatalité axé sur l'humanité, la proximité, la sécurité et la qualité est décidé pour la période 2005-2007. Ce plan est ambitieux dans sa volonté de mobiliser tous les acteurs pour sa mise en œuvre concrète, qu'ils soient professionnels de santé, usagers ou élus.

Ce plan propose un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en permettant une offre plus humaine et plus sociale. Il cherche également à améliorer la connaissance du domaine de la périnatalité et à mieux reconnaître les professionnels qui y travaillent.

Ce plan a pour objectifs :

- La modernisation de l'environnement médical de la grossesse et de l'accouchement, permettant d'améliorer la sécurité dans la prise en charge des mères et des nouveaux-nés.
- L'amélioration de l'environnement psycho-social de la mère et l'enfant.
- Un entretien individuel au 4^{ème} mois est mis en place et sous la responsabilité des sages-femmes, pour accompagner les parents.
- L'aménagement des conditions de formation et d'exercice des professionnels de la naissance. La formation des médecins généralistes prenant en charge des femmes enceintes est renforcée.
- La refonte du carnet de santé de maternité. Ce carnet est donné dès la première consultation de grossesse et est intégré au dossier médical personnel informatisé.
- Le développement sur l'ensemble du territoire de réseaux de périnatalité labellisés et l'extension du rôle des centres périnataux de proximité.
- Une meilleure reconnaissance et valorisation des professionnels de la naissance.
- Les mesures du Plan 2005-2007 visent à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche.¹⁹

En 2010, une autre enquête périnatale est réalisée afin de connaître l'évolution en matière de suivi de grossesse depuis 2003. Le nombre total de consultations prénatales a augmenté de manière importante entre: la proportion de femmes qui ont eu 10 consultations ou plus est passée de 28,3% à 45,1% et le nombre moyen de consultations est passé de 8,9 à 9,9. Le changement principal par rapport à 2003 porte sur les sages-femmes, avant cette date, elles n'étaient pas autorisées à faire la première visite prénatale. En 2010, 5,4% des femmes ont consulté une sage-femme au moment de la déclaration de grossesse.

Concernant la prévention pendant la grossesse, 61,6% des femmes ont reçu des conseils de prévention pour éviter la toxoplasmose, 58,3% des femmes non immunisées ont eu des recommandations pour se faire vacciner contre la rubéole après l'accouchement. Le nombre moyen d'échographies a légèrement augmenté, passant de 4,5 en 2003 à 5,0 en 2010. De plus, 72,9% des femmes déclarent avoir eu un dépistage du VIH

¹⁸[http://www.perinat-france.org/portail-grand-public/reseaux/accouchement maternites/Les maternités type I-II-III](http://www.perinat-france.org/portail-grand-public/reseaux/accouchement%20maternites/Les%20maternites%20type%20I-II-III)

¹⁹ Pr. BREART, Pr. PUECH, Pr. ROZE., Plan « périnatalité » 2005-2007 : "Humanité, proximité, sécurité, qualité". 42 p. Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.

pendant la grossesse. Le dépistage du diabète gestationnel est bien connu des femmes puisque seulement 1,8% ne savent pas si cet examen a été réalisé et 85,9% ont eu un dépistage au cours de la grossesse. Enfin, le dépistage du cancer du col de l'utérus au cours de la grossesse est peu répandu et relativement mal connu des femmes, puisque 28,5% des femmes déclarent avoir eu cet examen et 10,5% des femmes ne savent pas si elles l'ont eu.

De nombreuses améliorations ont été apportées dans le suivi des grossesses, notamment d'un point de vue de la prévention, cependant certains axes restent encore à mieux être évalués.²⁰

La prise en charge de la grossesse n'est plus que « médicale » au sens technique du terme, elle inclut aujourd'hui d'autres aspects de la vie des futures mères et des couples, autour du concept de « parentalité ». Avec l'instauration de l'entretien du quatrième mois qui comporte un objectif de prévention des risques psychosociaux et une mission d'accompagnement des parents, le contrôle « médical » de la maternité s'accompagne aujourd'hui d'un contrôle « social » de la parentalité confié pourtant à des professionnels de santé et associant ainsi à une mission médicalisée des rôles éducatifs auprès des parents.²¹

Ainsi, le chemin qui mène à une prise en charge cohérente et efficiente des grossesses et de la périnatalité a été lent et difficile. Beaucoup de progrès ont été réalisés dans la prise en charge des femmes enceintes et sont appréciables. Cependant, des améliorations au système peuvent encore être apportées, notamment au niveau de la communication interprofessionnelle et de la continuité des soins.

I.A.3 - Un suivi prénatal réglementé par l'HAS

Selon la HAS, les sages-femmes et les médecins généralistes peuvent suivre les femmes ayant une grossesse physiologique. Ce suivi comporte la surveillance médicale du déroulement de la grossesse ainsi que des activités de prévention et d'éducation pour la santé. Il implique de donner une information loyale à l'occasion de chaque rencontre avec la femme enceinte, l'objectif étant de favoriser la participation active du couple face à l'arrivée de ce futur enfant et permettre à la patiente de prendre les décisions concernant sa santé.

L'examen médical du suivi de grossesse de la femme comprend :

- les examens médicaux prénatals obligatoires,
- les éventuels examens médicaux intercurrents rendus nécessaires par l'état de santé de la mère et/ou du fœtus (échographies, dépistage du diabète gestationnel, etc.),

L'Assurance Maladie prend en charge les examens prénatals obligatoires à 100 %, dès que la grossesse est déclarée. Du début de la grossesse jusqu'à la fin du cinquième mois de grossesse, les frais médicaux sont remboursés aux tarifs habituels et seuls certains examens médicaux sont pris en charge à 100% :

- les consultations prénatales obligatoires (une avant la fin du 3^e mois de grossesse puis une par mois à

²⁰ BLONDEL B., KERMARREC M., *Enquête nationale périnatale 2010, op. Cit., p.21.*

²¹ BOULOT P., « De quels professionnels auront besoin les maternités de demain ? », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 32, 2004, p. 191-192.

- partir du 4^e mois de grossesse jusqu'à la date de l'accouchement) ;
- les séances de préparation à la naissance et à la parentalité ;
 - les examens biologiques complémentaires.

Les recommandations en matière de suivi prénatal ne changent pas d'un professionnel de santé à l'autre : la sage-femme ou le médecin se doit de réaliser et de prescrire les examens obligatoires (examen clinique avec prise de TA, BDC, etc. mais aussi les recherches biologiques de toxoplasmose, albuminurie, glycosurie, etc.) et de proposer les examens recommandés en cours de grossesses (échographies, dépistage de la trisomie 21, etc.). Ce suivi peut-être effectué par un médecin généraliste, une sage-femme ou un gynécologue-obstétricien, en libéral ou à l'hôpital. Néanmoins la HAS, dans son rapport de 2004, indique que la consultation du 7^{ème} mois devrait être faite sur le lieu souhaité d'accouchement. Cette recommandation est plus ou moins appliquée en fonction des établissements et des régions. L'ensemble des maternités des Pays de Loire ont fait le choix de réaliser deux des consultations du 3^{ème} trimestre (soit seuls le 8^{ème} et 9^{ème} mois) sur le lieu où est prévu l'accouchement.²²

Aujourd'hui, le suivi prénatal des femmes enceintes est donc très encadré et fait l'objet de recommandations précises promulguées par la HAS (Annexe 1).

²² Pr. BREART, Pr. PUECH, Pr. ROZE., *Plan « périnatalité » 2005-2007.op.Cit.*

I.B - Sage-femme, médecin généraliste ou gynécologue-obstétricien ?

I.B.1 - La place des médecins libéraux dans le suivi de grossesse

Qu'ils exercent en cabinet libéral ou qu'ils soient salariés des maternités ou des services de PMI, les médecins généralistes et les sages-femmes sont les acteurs de première ligne dans le suivi de la femme enceinte. Les gynécologues-obstétriciens interviennent plus fréquemment en seconde ligne, lorsque le niveau de risque est plus élevé et nécessite une surveillance plus étroite.

Les enquêtes périnatales réalisées à l'échelon national montrent bien cette évolution: par rapport à 2003, on constate une augmentation des consultations chez un généraliste libéral, un gynécologue-obstétricien de ville et surtout chez une sage-femme, puisque le pourcentage de femmes qui ont consulté une sage-femme en maternité est passé de 26,6% à 39,4% et une sage-femme libérale de 5,0% à 19,8%.²³

Les médecins généralistes

Selon un rapport de l'ORS publié en 2013²⁴, le médecin généraliste considère le suivi des grossesses à bas risque comme une de ses principales missions. Il connaît la patiente dans sa globalité, son histoire, son environnement familial, son lieu de vie. Il est un partenaire privilégié dans le repérage des femmes à risque, permettant ainsi d'organiser l'accompagnement adéquat, adapté à chaque situation. Cependant, il est recommandé que le médecin généraliste, comme tous les professionnels impliqués dans le suivi des grossesses, bénéficie d'une formation théorique et pratique adaptée et qu'il exerce, selon les possibilités locales, dans un réseau de périnatalité.

La relation de confiance qui s'installe ainsi entre le médecin généraliste et la femme enceinte mais aussi son conjoint et ses enfants revêt une importance fondamentale. La connaissance antérieure de la patiente lui permet de donner les conseils appropriés à son mode de vie. Il est en capacité de délivrer des soins personnalisés, adaptés à chaque femme, à chaque couple. Néanmoins, depuis 20 ans, la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement a considérablement évolué vers une forte médicalisation. Les médecins généralistes assurent seulement un quart des déclarations de grossesse et interviennent moins dans le suivi. Cependant, en urgence et pour les pathologies intercurrentes, le médecin de famille reste le premier recours. La place du médecin généraliste est donc particulière et privilégiée auprès des femmes enceintes car la connaissance antérieure de la patiente lui permet d'avoir une approche médicale et psychologique adaptée. Cette demande de prise en charge et d'écoute est manifeste et très recherchée par les patientes.

Les gynécologues-obstétriciens

Tout d'abord, il est important de différencier le gynécologue-obstétricien du gynécologue médical. Le gynécologue médical est un médecin spécialisé en gynécologie mais qui ne s'occupe que de la partie médicale de cette discipline, il ne fait pas d'intervention chirurgicale, ni d'accouchement. Les femmes qui consultent un gynécologue médical pour leur suivi gynécologique habituel peuvent continuer à être suivies pendant leur grossesse jusqu'au 7^{ème} mois (le 8^{ème} et 9^{ème} mois plus couramment réalisés sur le lieu d'accouchement).

²³ BLONDEL B., KERMARREC M., *Enquête nationale périnatale 2010, op. Cit., p.22.*

²⁴ *La santé périnatale dans les Pays de Loire, rapport de 2013 de ORS et Réseau « sécurité naissance »-« Naitre ensemble »*

Le gynécologue-obstétricien est spécialiste de la grossesse et de l'accouchement. Il peut suivre toute la grossesse et réaliser les accouchements, y compris par césarienne. L'offre régionale étant faible, il est donc rare que toutes les consultations de suivi se fassent avec lui. Il s'occupe plus fréquemment des grossesses à risque et des grossesses pathologiques.

Dans certaines maternités privées à but lucratif, l'obstétricien réalise lui-même l'accouchement. Plus couramment, dans les maternités publiques ou privées à but non lucratif, il intervient dès lors qu'un accouchement se complique.

I.B.2 - Qu'en est-il des sages-femmes ?

Les sages-femmes exercent une profession médicale à compétences définies, c'est-à-dire que le code de la santé publique (CSP) a déterminé leur champ d'intervention.

Les compétences

Selon l'article L.4151-1 du CSP définissant leur champ de compétences :

« L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L. 4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1. L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique. »

« L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique. »

« En cas de pathologie maternelle, foetale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques. »²⁵

Les sages-femmes sont donc habilitées à effectuer le suivi des grossesses physiologiques et dans le cas de la découverte d'une situation pathologique doivent faire appel à un médecin.²⁶

Enfin, conformément aux articles L.321-1, D.331-1 et D.331-2 du code de la sécurité sociale, « la sage-femme est habilitée prescrire des arrêts de travail à une femme enceinte lorsqu'elle constate son incapacité physique de continuer ou de reprendre le travail et à condition qu'il ne s'agisse pas d'une grossesse pathologique. Cet arrêt de travail ne peut excéder 15 jours et ne peut faire l'objet d'aucun renouvellement ou de prolongation au-delà de ce délai. L'indemnisation de la patiente est au titre de l'assurance maladie et non de l'assurance maternité. »²⁷ Pour un arrêt de travail, d'une durée supérieure à deux semaines, la sage-femme doit adresser sa patiente vers un médecin, celui-ci ayant la possibilité d'arrêter la patiente selon une durée qu'il juge nécessaire.

L'article L.1225-21 du code de travail énonce de plus que « lorsqu'un état pathologique est attesté par un

²⁵ Annexe 1 : Quand faire appel à un spécialiste ? Les recommandations de la HAS.

²⁶ Article R6123-39 du CSP

²⁷ Site du conseil de l'ordre de sages-femmes : http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/partie_extrane/news_data/droit_de_prescription/

certificat médical comme résultant de la grossesse ou de l'accouchement, le congé de maternité est augmenté de la durée de cet état pathologique dans la limite de deux semaines avant la date présumée de l'accouchement ». Seul un médecin peut prescrire ce congé maternité pathologique.

Les consultations de grossesse

Les sages-femmes sont de plus en plus impliquées dans le suivi prénatal des femmes enceintes: ce sont les professionnels de choix pour le suivi des grossesses à bas risque. Ainsi, en 2012, la surveillance est effectuée par une sage-femme en maternité dans 39,4% des cas, une sage-femme libérale dans 15,6% des cas et 23,8% de femmes rencontrent au moins une fois généraliste.²⁸

De plus, en Pays de Loire, le nombre de consultations pour un suivi de grossesse chez une sage-femme libérale ne cesse de croître. Il a même quasiment triplé en à peine deux ans, en Loire-Atlantique, alors que le nombre de sages-femmes n'a pas considérablement évolué.²⁹ Une très forte augmentation de la demande des patientes voulant faire suivre leurs grossesses par une sage-femme libérale semble se produire.

La notion de temps, la disponibilité, le contact et l'écoute sont certainement en lien avec cet intérêt croissant pour le suivi que proposent les sages-femmes libérales. Elles soulignent la nécessité du respect humain et de l'intimité. En prenant le temps et en développant l'écoute, elles créent un climat de confiance et un cadre serein pour leurs patientes.

I.C- L'environnement médical des Pays de Loire

La région des pays de Loire est une des plus féconde de France métropolitaine, avec un indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) de 2,07 enfants par femmes en 2013. De plus, chaque département possède un ICF supérieur à celui de la moyenne nationale (2,08 en Vendée, et 2,02 en Loire Atlantique).³⁰

Dans ce contexte de forte demande en soins périnataux, quelles sont les offres de soins mises à la disposition des femmes enceintes ? Quels sont les différents choix qui s'offrent à elles ?

I.C.1 - Les établissements de santé

Nous avons vu que la région des Pays de Loire est une des plus féconde. Cependant, en 2013, elle se situait dans la moyenne nationale en ce qui concerne le nombre de lits en gynécologie-obstétrique (77 lits et places pour 100 000 femmes en secteur public ou privé, en Pays de Loire, contre 80 en France métropolitaine).³¹

La région est dotée de 23 maternités et les établissements sont regroupés en trois groupes. Les 10 maternités de type I ne possèdent qu'une unité d'obstétrique (Challans, Fontenay Le comte, etc.). On dénombre également 10 maternités de type II, qui disposent en plus d'un service de néonatalogie (Jules Verne, Polyclinique de l'atlantique, St Nazaire, etc.) Enfin, il existe 3 établissements de type III dans la région, qui sont dotés d'un service de réanimation néonatale. Ce sont les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) de Nantes, Angers et le Mans.

En 2013, le volume d'activité des maternités de la région varie selon l'établissement: de 635 accouchements

²⁸ BLONDEL B., KERMARREC M., *Enquête nationale périnatale 2010, op. Cit., p.29.*

²⁹ BLONDEL B., KERMARREC M., «*La situation périnatale en France en 2010* », *Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale.* » Dress, 2010.

³⁰ Rapport de l'INSEE : fécondité selon l'âge de la mère en 2013.

³¹ Rapport de l'INSEE : nombre de lits disponibles en obstétrique, en Pays de Loire.

par an, pour un établissement de type I à 4750 pour un établissement de type III. Cependant, près de la moitié des maternités de la région présente une activité importante, supérieure à 1900 accouchements dans l'année. Cette proportion est plus élevée qu'en France métropolitaine où l'activité moyenne est de 1500 accouchements par an.

Sur les 44 303 accouchements qui ont été effectués au sein de ces 23 maternités en 2013, 16 822 ont été réalisés en Loire-Atlantique et 7164 en Vendée. En Loire-Atlantique, ces naissances se répartissent entre les 2 maternités de type I, les 4 maternités de type II et le CHU de type III. Le département est associé à une forte activité néonatale. En Vendée, elles se répartissent entre les 4 maternités de type I et la seule maternité de type II.

Le réseau « Sécurité Naissance- Naitre ensemble » regroupe ces 23 maternités publiques et privées des Pays de Loire. Il a pour but d'améliorer la prise en charge des patientes et de leurs nouveau-nés, tant sur le plan obstétrical que néonatal et pédiatrique. Ce réseau permet l'organisation des soins et la coordination entre tous les acteurs de santé, notamment entre les établissements de différents niveaux. Il sert aussi à diffuser les divers travaux réalisés dans ces trois domaines et à harmoniser les pratiques.³²

I.C.2 - Les professionnels de santé disponibles

Comme nous l'avons dit précédemment, trois types de professionnels de santé sont habilités à effectuer un suivi de grossesse: les médecins généralistes libéraux, les sages-femmes hospitalières, libérales ou de PMI territoriales et les gynécologues-obstétriciens.

Les médecins généralistes

En 2012, 62 211 médecins généralistes libéraux exercent en France métropolitaine, un nombre en baisse depuis 2007. En rejoignant ce chiffre à la population totale des femmes de 15 à 49 ans en France en 2012, la densité atteint 472 médecins généralistes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans.

Les Pays de Loire comporte 3601 médecins généralistes exerçant en cabinet et 785 991 femmes sont susceptibles d'être demandeuses d'un suivi de grossesse (de 15 à 49 ans). La région a donc une densité de 457 médecins généraliste libéraux pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans, ce qui est inférieur à la moyenne nationale bien que la région soit l'une des plus fécondes. De plus, il existe de fortes disparités en fonction des départements: la Loire-Atlantique présente une densité supérieure à la moyenne nationale (égale à 493). L'offre des médecins généralistes est bien plus réduite en Vendée par exemple, avec une densité égale à 441.³³

L'intégralité des régions françaises enregistre une baisse de la densité des médecins généralistes. La profession se répartit en 57% d'hommes et 43% de femmes, d'un âge moyen respectif de 57 ans et 49 ans. Les médecins généralistes sont donc généralement des hommes plus âgés mais la tendance commence à s'inverser doucement. Il en est de même pour les Pays de Loire, les médecins généralistes femmes, souvent plus jeunes, augmentent chaque année et ces femmes réalisent plus de suivis de grossesse que les hommes.³⁴ Néanmoins, la quasi-totalité des généralistes (97%) considèrent le suivi des grossesses à bas risque comme

³² Site du réseau sécurité naissance : [http://www.perinat-france.org/portail-grand-public/reseaux/accouchement-maternites/Les maternités type I-II-III](http://www.perinat-france.org/portail-grand-public/reseaux/accouchement-maternites/Les%20maternites%20type%20I-II-III).

³³ Sages-femmes dans « La santé observée en Pays de Loire : Tableau de bord régional sur la santé. Edition 2011 » ORS Pays de Loire, août 2010, 3p.

³⁴ http://www.demographie.medecin.fr/sites/default/files/atlas_demographie/atlas_2015.pdf

un de leurs rôles et plus de la moitié des ligériennes enceintes ont eu au moins une consultation prénatale effectuée par un généraliste en 2010.³⁵

Les gynécologues- obstétriciens

Dans la population des gynécologues-obstétriciens beaucoup exercent en libéral, d'autres exercent dans les hôpitaux, qu'ils soient publics ou privés. Les femmes ont d'ailleurs tendance à s'orienter vers les gynécologues-obstétriciens des établissements de santé plutôt que vers les libéraux pour leur grossesse. Les médecins salariés des hôpitaux font donc partie intégrante des professionnels effectuant la surveillance des grossesses. On compte environ 4577 gynécologues-obstétriciens en France dont 2753 exercent en libéral, soit respectivement 28 et 26 médecins disponibles pour suivre 100 000 femmes de 15 à 49 ans en France métropolitaine. Les Pays de la Loire font partie des régions qui présentaient en 2012, la plus faible densité de médecins spécialisés dans le suivi de la grossesse: 24 gynécologues-obstétriciens et 16 gynécologues médicaux pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, alors que la demande de suivis de grossesse est plus fréquente qu'ailleurs.³⁶

Les sages-femmes libérales

En 2014, on comptait 3424 sages-femmes libérales en France métropolitaine, ce qui nous donne une densité de 24 sages-femmes libérales pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans.

Avec ces 294 sages-femmes installées en libéral, les Pays de Loire ont une densité égale à 37, ce qui est largement supérieur à la moyenne nationale. En Loire-Atlantique, celle-ci est de 42 sages-femmes libérales pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans.

La tendance qui se dessinait pour les deux autres types de professionnels s'inverse nettement avec les sages-femmes libérales, dont la densité régionale est supérieure à la densité nationale.

Selon le rapport de 2013 de l'Observatoire Régionale de la Santé (ORS), la densité des sages-femmes de la région (libérales et salariées) est quasiment égale à la moyenne nationale: 132 contre 130 à l'échelle nationale.³⁷ De plus, la proportion de professionnels en libéral est de 17,5% en France alors qu'elle s'élève à 23,6% dans la région. En effet, les Pays de Loire ne cessent de voir augmenter l'effectif des sages-femmes libérales: elles étaient 219 en 2008 et sont maintenant près de 300 en 2015 dont 97% sont des femmes.³⁸

Les sages-femmes sont donc de plus en plus nombreuses à exercer en libéral et donc à même de suivre les grossesses des femmes, dont les demandes ne cessent de croître.

La prise en charge des grossesses n'a cessé de se modifier avec l'évolution des techniques médicales, l'évolution des formations, l'élargissement des compétences des sages-femmes et des autres professionnels de santé mais aussi par la volonté de sécurité et de qualité autour du suivi des femmes enceintes. Aujourd'hui, l'accompagnement proposé aux patientes est règlementé et repartit entre les différents professionnels capables de suivre ces grossesses.

³⁵ HARDY A-C. et al., « Grossesses à suivre. Les déterminants de l'usage de l'offre territoriale de soins périnataux », *Recherches familiales*, n° 12, 2015.

³⁶ DANIEL SICART, « Les médecins au 1er janvier 2013 », *Document de travail, Série Statistiques n°179, Drees, 2013.*

³⁷ Sages-femmes dans « La santé observée en Pays de Loire... » *op. Cit.*

³⁸ La santé périnatale dans les Pays de Loire, rapport de 2013 de ORS et Réseau « sécurité naissance » - « Naitre ensemble ».

II. Etude

II.A - Présentation de l'étude

II.A.1 - Objectifs et hypothèses

Durant mon cursus à l'école de sages-femmes, notamment lors de stages en consultations prénatales, j'ai rencontré beaucoup de femmes enceintes se présentant pour les deux dernières consultations de grossesse sur le lieu prévu de leur accouchement. Ces patientes avaient pour la plupart bénéficié d'un suivi de grossesse chez une sage-femme libérale ou chez leur médecin généraliste. En les observant, nous remarquons qu'il existe des ressemblances mais aussi beaucoup de variantes dans le suivi qui a été instauré: examens biologiques, prescriptions de médicaments, actes réalisés... Cela m'a amené à me questionner: les sages-femmes libérales et les médecins généralistes réalisent-ils la même consultation ? Si non, quelles sont les différences (temps, actes, discussion)?

En se basant sur des études déjà réalisées chez les médecins généralistes³⁹, notre objectif a donc été de montrer à quoi étaient dues les différences et les similitudes dans le déroulement des consultations de grossesse avec les sages-femmes libérales :

- Une consultation chez une sage-femme libérale dure-t-elle réellement plus longtemps que celle d'un médecin généraliste ?
- Les consultations sont-elles organisées de la même façon, sur la base d'une introduction, d'un examen clinique et d'une conclusion chez ces deux professionnels de santé ?
- Quelle est la place donnée à la patiente en termes d'écoute, d'attention à ses problèmes ? Comment se répartit la parole de chacun ?
- Quels sont les actes réalisés lors de chaque consultation et en fonction du terme de la grossesse ?

Notre objectif a également été de s'intéresser à l'environnement dans lequel évoluent les consultations de sages-femmes libérales: est-ce que le comportement de chaque sage-femme libérale ou les locaux dans lesquels elles exercent influent sur la manière d'interagir, de se confier, la façon d'être et le souhait des patientes ?

Certaines femmes s'orientent spontanément vers leur médecin généraliste pour faire suivre leur grossesse, d'autres au contraire vont plutôt se diriger vers une sage-femme libérale. La proximité et l'offre médicale en sont-elles les principales raisons ? Y a-t-il des différences entre les femmes en fonction des cabinets de sages-femmes et de leur localisation géographique ?

Nous remarquons également dans plusieurs études, que les femmes allant vers une sage-femme libérale sont plus souvent des multipares désireuses d'un accompagnement différent, personnalisé, donnant plus de place au relationnel mais y-a t-il effectivement plus de multipares que de primipares au sein des cabinets des sages-femmes libérales?

La confiance, l'écoute et la création d'un projet de naissance sont des attentes fréquentes des femmes enceintes et les sages-femmes libérales sont au premier plan de ces demandes. De plus, l'expérience

³⁹ CUCHE J. *Etude des caractéristiques des consultations de femmes enceintes chez le médecin généraliste. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, université de Nantes, 2014.*

personnelle, le niveau socio-culturel et l'entourage interviennent aussi de façon inévitable dans ce choix.

Les femmes accompagnées par une sage-femme libérale lors de leur suivi prénatal se sentent plus écoutées, mieux prises en charge sur le versant psychologique et surtout bénéficient d'un accompagnement plus adapté à la grossesse. Celles-ci apprécient la proximité et l'environnement non « hyper-médicalisé » mais plutôt agréable de leur cabinet.⁴⁰

De plus, la sage-femme est un acteur central en ce qui concerne la pratique des séances de PNP ce qui lui confère vraisemblablement un léger avantage lors des consultations de grossesse, par rapport au médecin généraliste et au gynécologue-obstétricien. Cela lui permet ainsi de proposer un accompagnement global de la femme enceinte et du couple, très recherché par les futurs parents. Les critères de proximité, de compétences techniques et avant tout, les qualités humaines des professionnels restent prépondérants dans le choix des femmes.

II.A.2 - Matériels et méthodes

Pour répondre à nos objectifs et tester nos hypothèses, nous avons décidé de réaliser des observations directes non participatives de consultations de grossesse, au sein de 3 cabinets de sages-femmes libérales, tous situés dans les Pays de la Loire.

Notre choix s'est porté sur l'observation directe non participative car l'observateur est neutre et ne participe pas à la consultation. Il se contente de relever les interactions qui s'y déroulent, comme si il n'était pas présent. Cela permet de décrire au mieux ce qui se passe lors d'une consultation. De plus, ce travail se situe dans le cadre d'un ensemble de travaux déjà réalisés, en particulier avec le département de médecine générale de Nantes, sur des observations de consultations menées par des internes faisant appel à l'observation directe non participative. Il s'inscrit également dans la suite de mémoires de sages-femmes et de thèses de médecine générale réalisés à Nantes et à Angers autour des questions de prise en charge des femmes en période périnatale.

Projet initial

La première étape a été de sélectionner les cabinets de sages-femmes libérales à inclure pour notre étude et le premier point a donc été de déterminer le nombre de cabinet à inclure. En Pays de Loire, la démographie médicale et l'offre de soins n'est pas la même quel que soit l'endroit où l'on se trouve.

Notre choix s'est déterminé, en vue des contraintes géographiques et du temps imparti, sur 3 cabinets: un dans la ville de Challans. Plutôt considérée comme une petite ville rurale, elle compte aujourd'hui un peu plus de 19 000 habitants aujourd'hui mais l'offre de soins disponible pour le suivi des femmes enceintes reste assez limitée. Une seule maternité de type I et un seul gynécologue-obstétricien de ville sont présents sur la commune mais ce dernier n'assure aucun suivi de grossesse. De plus, un seul cabinet de deux sages-femmes libérales existe sur Challans, celui dans lequel j'ai réalisé mes observations. Il est vu comme principale ressource de proximité. Résidant dans des territoires ruraux de densité médicale particulièrement faible, ces femmes enceintes sont placées *a priori* dans une situation de forte dépendance à l'offre de soin locale. Le cabinet des sages-femmes libérales de Challans, que nous nommerons cabinet « rural », est donc fréquenté par tous types de patientes recherchant une personne fiable, disponible et à l'écoute pour suivre

⁴⁰ BOBENRIETH B., *Profil sociologique des femmes effectuant un suivi prénatal chez une sage-femme libérale, Mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, université de Nantes, 2012. p 40.*

leur grossesse. Je n'ai observé qu'une seule sage-femme sur les deux exerçant au cabinet.

Concernant la ville de Nantes, elle comptait 291 600 habitants en 2015 et l'offre de soins y est plus complète. Les patientes nantaises ont un panel de choix très large en ce qui concerne leur suivi de grossesse, ayant la possibilité de se tourner vers le professionnel de santé qui leur convient, pour des raisons de santé, de proximité ou de relation. Le premier cabinet de sages-femmes libérales de Nantes avec lequel nous avons travaillé est situé en centre-ville, dans un quartier surtout habité par des foyers de milieu aisé. Nous le nommerons cabinet du « centre-ville » dans nos écrits et nous y avons observé quatre sages-femmes. Enfin, le deuxième cabinet est plus excentré, à la limite d'une zone périurbaine, plus proche des boulevards périphériques et à proximité d'une zone d'éducation prioritaire. Ce cabinet reçoit un public finalement assez mélangé. Il sera appelé cabinet « périurbain » et nous y avons observé deux sages-femmes.

Nous avons essayé de choisir des cabinets différents : par leur situation géographique, leur population, leurs activités et par le nombre de sages-femmes qui y exerce. Parmi les cabinets sélectionnés, aucun d'entre eux n'a refusé notre étude.

Afin de pouvoir secondairement comparer nos observations avec celles réalisées auprès de médecins généralistes, nous avons adapté notre méthode à celle utilisée par Justine Cuche à l'occasion de sa thèse d'exercice. Celle-ci portait sur des observations de consultations de femmes enceintes réalisées par des internes chez les médecins généralistes. Le relevé d'informations devait donc être réalisé sur un mode similaire.⁴¹

La première étape a donc été de mettre au point une grille avec des questions semblables à celles utilisées par J.Cuche mais adaptées aux sages-femmes libérales.⁴²

La première partie de la grille concernait les sages-femmes libérales observées: le sexe, l'âge, l'année du diplôme d'état, le nombre d'enfants, les diplômes inter-universitaires et formations, les exercices antérieurs au libéral, les années d'exercice au sein du cabinet, etc. Cabinet et sage-femme étaient identifiés par un code dans un souci d'anonymat. De plus, afin de répondre à nos questions sur les raisons qui mènent à l'exercice libéral, j'ai distribué à chaque sage-femme une feuille vierge sur laquelle nous leur demandions les raisons de ce choix d'exercice libéral, leur parcours de vie, etc. Enfin, trouvant l'atmosphère des cabinets de sages-femmes assez atypique et spécifique, différente d'un cabinet médical habituel et propre à chaque sage-femme, nous avons eu l'idée d'élaborer toute une grille concernant la description des lieux: de la salle d'attente à la salle d'examen, de la couleur du lieu, au nombre de fauteuils ou canapés, les revues disponibles, la table d'examen, le bureau, la disposition des chaises, la décoration, l'ambiance.

La deuxième partie concernait la patiente: son âge, sa situation familiale et professionnelle, sa parité, son terme, la proximité du cabinet, son suivi gynécologique, l'utilisation du vouvoiement, etc. et bien évidemment les raisons de ce choix d'être suivi par une sage-femme libérale pour sa grossesse.

⁴¹ CUCHE J. *Etude des caractéristiques des consultations de femmes enceintes chez le médecin généraliste. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, université de Nantes, 2014.*

⁴² Nos deux méthodes ne sont néanmoins pas tout à fait comparables, pour deux raisons. La première est liée au fait que les consultations de femmes enceintes ne représentent qu'une très faible part (parfois nulle) des consultations des médecins généralistes. En outre, ces consultations ne sont pas prévisibles. En conséquence, il a fallu multiplier les lieux et les jours d'observation pour recueillir un nombre significatif de données. La seconde raison est liée au fait que les observations alors réalisées par les internes multipliaient le nombre d'observateurs et ne permettait pas d'associer une observation qualitative. Ayant réalisé nous-même l'ensemble des observations de consultations de sages-femmes, nous avons pu relever des données informelles, mais aussi mieux contrôler la qualité des informations et leur interprétation.

La troisième partie concernait la consultation en elle-même: le motif de consultation, la durée, les questions et informations échangées, les positions adoptées, les thèmes abordés, les actions réalisées, etc.

En conclusion, s'ajoutaient également les conseils et prescriptions donnés et en annexe, une notice explicative reprenait les principaux axes de la grille, pour savoir quoi y référer et comment le placer.

J'ai ensuite réalisé une première observation en février 2015. Après avoir contacté une des sages-femmes libérales, celle-ci a de suite accepté que je participe à une consultation. La sage-femme et moi-même avons présenté le projet à la patiente dans la salle d'attente. Pour le début, nous avons décidé de tester la copie exacte de la grille de J.Cuche.⁴³

Dès le début de la consultation, une première question est apparue : où m'asseoir ? S'agissant d'observations non participatives, il m'a fallu déterminer une place optimale pour ne pas me trouver ni du côté de la sage-femme, ni de la patiente. La solution a donc été de se placer entre les deux, au bout du bureau et un peu éloignée. Ensuite, il a fallu compléter la grille en fonction des interactions que se produisaient devant moi. Un seul mot me reste en repensant à cette observation: rapidité. Les informations fusent lors d'une consultation, j'ai donc fait le choix d'écrire tout ce qui se disait, en détaillant toutes les questions, les informations ainsi que les thèmes abordés, pour pouvoir mieux trier et sélectionner les éléments fondamentaux à tête reposée. En essayant d'oublier ni l'heure, ni les changements de positions et les situations inhabituelles.

Méthode finale

Après cette première expérience, je me suis rendue compte que la grille de J.Cuche devait être améliorée. Nous l'avons donc modifiée pour la rendre plus optimale et écrire plus facilement, rapidement et rajouter certains détails tels que: le professionnel de santé ayant suivi une éventuelle grossesse antérieure, l'utilisation des prénoms, les motifs de consultations autre que mensuel, la connaissance du cabinet, etc. (Annexe 2)

Nous avons ensuite fixé le nombre de consultations à observer à une trentaine, en vue du nombre de données récoltées en une observation, de la durée de chaque consultation, des possibilités de chaque sage-femme et en fonction de mon planning.

Début mars 2015, j'ai donc commencé par contacter toutes les sages-femmes incluses afin qu'elles me communiquent leur planning de consultations. Devant la complexité de ces plannings et les impératifs de chacune, il a parfois été difficile de les joindre par téléphone et de trouver des consultations de grossesse auxquelles je pourrais potentiellement participer.

L'information des patientes se faisait soit par la sage-femme en amont de la consultation, par téléphone, soit au moment même de la consultation, en ma présence. Je n'ai essuyé aucun refus de la part des patientes, ce qui nous a évité des déplacements inutiles.

Les observations se déroulaient dans la salle d'examen de chaque sage-femme, leur sympathie et leur considération pour notre étude a permis de rassurer les patientes et d'instaurer un climat convivial, afin que ma présence ne perturbe en rien la consultation.

La seconde grille d'observation était plus adéquate pour le recueil d'informations, ce qui m'a facilité la tâche et permis d'avoir un œil encore plus observateur. J'ai également remarqué des différences dans les séquences des consultations: introduction, examen clinique et conclusion, en termes de temps, d'importance accordée à une séquence par rapport au reste de la consultation, de positions et de thèmes abordés. J'ai donc relevé tous ces détails dans un carnet pour les analyser plus finement par la suite. De plus, certains moments de

⁴³ Grille utilisée pour étudier les caractéristiques des consultations de femmes enceintes chez le médecin généraliste.

consultation étant vraiment atypiques et intéressants à retranscrire tel quel, j'ai donc enregistré une partie de ces consultations avec l'accord des patientes et des sages-femmes.

Finalement, devant la disponibilité de chaque sage-femme et l'accord facile des patientes, j'ai pu réaliser 36 observations entre fin mars et début juillet. Plusieurs observations pouvaient se dérouler sur une même journée.

Ultérieurement, j'ai donc pu commencer à entrer les résultats des grilles d'observation dans le logiciel de statistique « Modalisa 7.0 » également utilisé pour décrire les consultations des médecins généralistes. Il s'agit d'un travail exploratoire descriptif, quantitatif et qualitatif, qui cherchait à comprendre les différentes modalités des consultations de femmes enceintes chez les sages-femmes libérales pour ensuite les comparer avec celles des médecins généralistes. La base de données étant complète fin juillet, l'analyse a pu débuter. Je suis retournée plusieurs fois aux cabinets pendant l'été pour récupérer les informations manquantes, prendre des photos. A chacune de mes visites, les sages-femmes prenaient le temps de discuter avec moi de mon avancée, de leur journée. Cela m'a donc permis de mieux les comprendre et de partager leur choix de vie et d'exercice.

II.A.3- Les difficultés, les biais et les limites

Lors de la réalisation de cette étude, j'ai par moment rencontré quelques difficultés. Pour commencer, réaliser une étude sociologique n'est pas chose facile. En effet, ce domaine n'est que peu abordé lors de notre parcours à l'école de sages-femmes. Mme Hardy et Mme Hervo-Desmeure m'ont donc vivement incité à effectuer de nombreuses lectures afin de m'imprégner de ce domaine des sciences humaines et de pallier à ce manque de connaissances. Il semble malgré cela, que l'expérience soit un avantage considérable pour pouvoir effectuer des observations de qualité et une analyse plus fine, ce qui m'a parfois manqué lors de mes observations qui méritaient certainement un approfondissement et une interprétation encore plus minutieuse. De plus, se présenter aux sages-femmes et aux patientes comme étant étudiante sage-femme a pu modifier certains comportements. De même, mon œil de future sage-femme a peut-être également été désavantageux: le sociologue est totalement extérieur à ce qui se déroule sous ses yeux. Il observe et retranscrit, ne tirant pas de conclusions trop hâtives comme j'ai pu être tenté de le faire.

D'un point de vue organisationnel, joindre chaque cabinet pour expliquer notre projet était assez long. La description de chaque cabinet me prenait pas mal de temps et il aurait été difficile de réaliser beaucoup plus de consultations: les stages prenaient la majeure partie de mon agenda, la durée de chaque consultation était assez importante, les lieux de rendez-vous étaient tous dans des secteurs différents. Il m'est arrivé de faire des consultations à deux endroits différents le même jour. De plus, plusieurs consultations étaient parfois programmées à des moments très distincts. Après avoir fait le déplacement, il m'est donc arrivé de rester la journée complète au cabinet de la sage-femme, qui me proposait quelquefois de participer à ses autres rendez-vous (PNP, gynécologie) en attendant. Nous pouvons voir cela comme une difficulté mais j'en ai également tiré bénéfice car ne réalisant que peu de consultations, j'ai vraiment pu me rendre compte de la population globale du cabinet: origine géographique, professions, etc.

Enfin, après chaque rendez-vous, je prenais un temps de relecture et de corrections. Les consultations s'enchaînant parfois sur une même journée il m'était indispensable de relire pour mieux cerner chaque personne et chaque situation. Je relevais quelques actes ou thèmes plutôt inhabituels ou bien récurrents. La réalisation des observations et leurs corrections furent des activités assez chronophages. Pendant 4 mois, il y

avait plusieurs consultations par semaine : de deux à six.

Concernant les biais de cette étude, il s'agit tout d'abord du choix des cabinets. Pour des contraintes de temps et d'espace, nous avons dû en sélectionner des différents, en termes de localisation géographique mais pas trop éloignés les uns des autres. De plus, le choix de ces cabinets était bien sûr en lien avec l'idée d'y trouver une population différente, ce qui s'est révélé ne pas toujours être le cas. Le choix de ces derniers et le nombre d'observations réalisé ne nous permettent pas de conclure et d'affirmer nos résultats pour l'ensemble de la population des femmes enceintes et des sages-femmes libérales mais ouvrent les portes d'éventuelles réflexions. De plus, certaines sages-femmes pratiquent plus de consultations de grossesse que les autres ce qui n'est pas évident à comparer. Dans un deuxième temps, ma position d'étudiante sage-femme n'était pas si neutre quant au déroulement de la consultation. Les sages-femmes observées ont pu modifier leur comportement durant l'observation, certaines m'ont même posé des questions. Mon statut a donc plus souvent été celui de l'étudiante sage-femme que celui du sociologue neutre et totalement extérieur aux consultations de grossesse.

II.B - Présentation des sages-femmes et de leurs cabinets

II.B.1 - Les cabinets de sages-femmes libérales

Nous avons tout d'abord décidé de vous présenter sous forme d'un tableau, chacune des sages-femmes libérales que nous avons rencontrées lors de notre étude afin de comprendre qui sont ces femmes, où travaillent-elles, leurs expériences, etc.

Ce tableau nous montre par colonne: le lieu dans lequel se trouvent les trois cabinets ainsi que les sages-femmes que nous avons rencontrées dans chacun d'entre eux. Nous avons décidé de vous les présenter en fonction de: leur âge, leurs enfants, leur année de diplôme, leurs exercices antérieurs, depuis quand elles sont installées en libéral et quelles sont leurs pratiques. Chacune accompagne les femmes enceintes à sa manière, au gré de ses formations, de ses envies et de son parcours. Fortes de leurs expériences et de leur vécu, elles effectuent un suivi optimal de la grossesse, transmettant aux femmes un discours adapté, dans une ambiance conviviale. (Annexe 3)

Le cabinet : un espace de vie agréable

Pour mieux comprendre cet univers, nous avons décidé de vous présenter l'ambiance des cabinets de sages-femmes libérales. Pour cela, nous commencerons par une présentation générale des lieux. Puis, nous décrirons l'agencement et l'ambiance chaleureuse, familiale, que nous ressentons de la salle d'attente aux salles d'examen.

Une salle d'attente conviviale

Les trois cabinets de sages-femmes libérales que nous avons visité sont un peu organisés comme l'intérieur d'une maison familiale. Dès l'entrée, nous y trouvons de quoi accrocher ses vêtements et parfois plusieurs paires de chaussures regroupées appartenant aux patientes et aux sages-femmes. La décoration des lieux y est chaleureuse. De larges fauteuils ou chaises colorées ornées de coussins invitent les patientes à s'asseoir confortablement et de temps en temps, un poste diffuse une musique douce. Les murs, tapissés de faire-part de naissance, nous rappellent l'endroit agréable dans lequel nous nous trouvons. La lumière y est souvent tamisée donnant ce sentiment d'intimité et de convivialité (Photo 1).

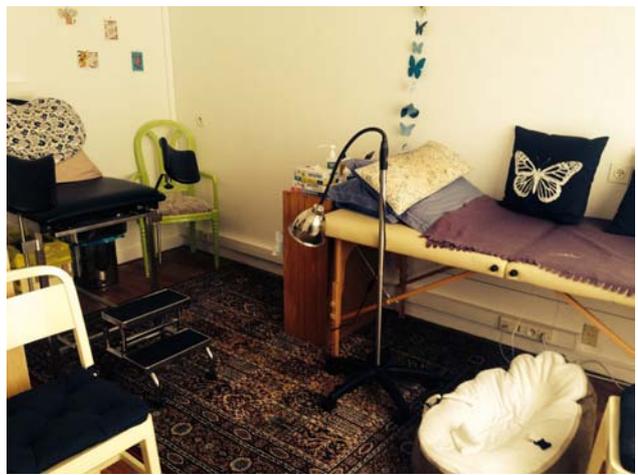


Photo 1 : Salle d'attente du cabinet de « péri-urbain ».

Dès la salle d'attente, les sages-femmes nous ouvrent les portes de leurs univers. Les cabinets sont à l'opposé de ceux dans lesquels nous avons l'habitude d'être reçus lorsqu'il s'agit d'une consultation chez le médecin. C'est certainement sur un de ces points que les sages-femmes libérales marquent l'esprit de leurs patientes, par une rencontre dans une atmosphère chaleureuse et rassurante.

Une pièce d'examen accueillante et chaleureuse

En continuité, la pièce dans laquelle les sages-femmes libérales reçoivent leurs patientes pour l'examen est toute aussi accueillante. En « centre-ville », le parquet authentique recouvrant le sol donne à la pièce un aspect cossu, à l'image de la patientèle du cabinet. L'agencement des lieux nous fait oublier que nous nous trouvons dans un cabinet médical. Les salles d'examen ont chacune une couleur différente : rose, bleu, verte ou beige. Le bureau, souvent dans un coin, ne constitue pas l'élément central de la pièce. Des fauteuils confortables reçoivent les patientes lors des entretiens et le plus souvent c'est un large sofa recouvert de coussins ou de draps colorés qui fait office de table d'examen. Des plaids ou paréos sont à la disposition des patientes afin de respecter leur pudeur et leur intimité (Photos 2 et 3).



Photos 2 et 3 : Salles d'examen de deux des sages-femmes du cabinet en « centre-ville ».

De grandes bibliothèques regroupent un ensemble de livres sur la grossesse, l'alimentation, l'accouchement, etc. permettant aux sages-femmes d'ajuster leur discours au fil du temps et de les prêter si besoin aux femmes qui le souhaitent. Effectuant beaucoup de suivis post-natals, elles mettent également à disposition tout le nécessaire pour bébé : table à langer, transat, arche et jouets.

Bien que très similaires dans l'ensemble, les deux autres cabinets de Nantes et Challans présentent tout de même quelques différences. Les salles d'examen sont recouvertes de moquettes et les sages-femmes travaillent pieds-nus. En zone « péri-urbaine », la décoration y est peut-être un peu plus prononcée: les murs présentent de nombreuses photos d'enfants, de cadres ou planches anatomiques. En zone « rurale », l'intérieur du cabinet, bien que très coloré (Photo 4), est celui qui se rapproche le plus du cabinet médical dont nous avons tous l'habitude. Cependant, l'organisation des cabinets reste la même. Les sages-femmes disposent toutes d'un petit guéridon, comparable à celui des médecins, dans lequel elles rangent: sonicaïd, tensiomètre, gants, spéculum, etc. et chez certaines on trouve des étagères avec écharpes de portage, ceintures de grossesse, des ballons et tapis.



Photo 4 : Salle d'examen du cabinet de zone « rurale ».

L'ambiance des lieux est plus proche de la "maison" que du cabinet "médical" mais avec chacun leurs différences et leurs spécificités. Bien que certains ne soient pas très grands, ils sont optimisés pour être le plus fonctionnels et agréables possible. Les sages-femmes ont agencé leurs cabinets selon leurs goûts et pour le bien-être des patientes. Cette opposition « structure hospitalière-cabinet de sages-femmes libérales » reflète bien ce que semble rechercher certaines patientes: une sorte de cocon, moins déshumanisé que l'hôpital ou les cabinets des médecins généralistes. Quelque chose d'un peu « familial » où chaque sage-femme apporte sa touche personnelle. Ces sages-femmes qui ne se différencient pas tant par leur environnement d'exercice le sont plutôt par leurs attentes et leur discours, s'adaptant à la population rencontrée.

II.B.2 Pourquoi sage-femme libérale ?

Pour nos sept sages-femmes, c'est l'art et le plaisir « *d'accompagner les femmes* » à différents moments de la vie qui les passionnent. Bien loin de la « *technicité* » apportée par la structure médicale. Cette volonté d'accompagner ces couples et ces familles différemment de l'hôpital ou du médecin en fait une des principales raisons du choix d'exercer le métier de sage-femme libérale.

Certes les opportunités ont motivé ces femmes à s'installer rapidement mais ce n'est pas l'unique raison. Diplômées très jeunes, à moins de vingt-quatre ans, elles n'ont que peu travaillé (de un à dix ans), à l'hôpital ou ailleurs, avant de créer ou de rejoindre un cabinet libéral, ce qui est relativement jeune si l'on compare à la moyenne des Pays de Loire. En 2013, les sages-femmes libérales des Pays de Loire avaient un âge moyen de 45 ans.⁴⁴ Un des arguments essentiels exposé dans chacun de leur discours est « *la famille* ». Jeunes mamans, « *l'envie de conjuguer vie professionnelle et vie familiale* » est arrivée très vite et rendue possible grâce à l'exercice de sage-femme libérale. Devenues mères à 26 ans en moyenne⁴⁵, ces naissances marquent un passage essentiel dans la vie de ces sept sages-femmes et expliquent tout autant l'intérêt d'une activité libérale « *plus libre, à l'emploi du temps plus souple* ».

Certaines d'entre elles parlent aussi « *de chance d'emploi* » devant un accès difficile aux postes de sages-femmes hospitalières, l'exercice libéral était pour elle une opportunité.

Enfin pour d'autres, riches de leurs expériences à l'étranger, le retour et la confrontation à la « *hiérarchie et la technicité* » furent plus difficile. « *A mon retour, lorsque j'ai remis les pieds dans une structure hospitalière, je ne me suis plus sentie à ma place* ». « *La liberté et le relationnel de meilleur qualité avec les couples sont les deux points essentiels pour s'épanouir pleinement dans son métier.* » nous explique l'une d'entre elle.

« *Proposer un accompagnement selon ses propres valeurs* », « *être proche des femmes* », « *pratiquer un métier gratifiant avec des relation humaines qui s'inscrivent dans la durée* » et « *l'élargissement des compétences : en gynécologie et pédiatrie rendant l'exercice libéral très peu routinier !* » font foi sur le fait que ces sept sages-femmes ont choisi à un moment donné d'exercer le métier de sage-femme libérale et qu'elles en sont aujourd'hui pleinement satisfaites. De plus, les voyages, l'offre de travail, les conditions d'exercice, les relations familiales et les envies sont autant d'éléments décisifs et importants dans le choix d'exercice qu'elles ont été amenées à faire à un moment de leur vie et expliquent les divers parcours qu'elles mènent avec joie aujourd'hui.

Toutes les sages-femmes que nous avons rencontrées, nous ont fait pénétrer chacune leur tour dans leur univers et elles n'ont cessé de nous montrer les raisons de leur choix et la satisfaction qu'elles retirent chaque jour en exerçant le métier de sage-femme libérale. Cependant, bien que possédant de nombreux points communs que nous avons d'ailleurs pu mettre en avant (l'ambiance du cabinet, les parcours de vie), chacune de ces sept femmes est différente et cela se ressent dans l'exercice de leur profession.

Lors de nos observations ou bien dans les écrits que chaque sage-femme a pris soin de nous rédiger, nous sommes forcés de constater que ces femmes sont toutes différentes les unes des autres. Néanmoins, certains profils particuliers tendent à se dessiner. Trois s'en distinguent lorsqu'on nous observe de plus près les sages-femmes libérales: la sage-femme « *nature* », les sages-femmes « *ethniques* » et les « *citadines* ». Chacune est influencée par sa façon d'être, son lieu d'exercice et inéluctablement les patientes qu'elle sera amenée à rencontrer.

Nous pouvons alors nous demander quelles pratiques les sages-femmes mettent-elles en place, répondant à la fois à leurs valeurs et aux demandes de la population ?

⁴⁴ MOYON M., *L'exercice libéral des sages-femmes en Pays de Loire, Mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, université de Nantes, 2012. p 19.*

⁴⁵ Rapport de l'INSEE : L'âge moyen de femmes au premier accouchement était de 30,1ans en 2012.

II.B.3 Un univers et des pratiques propres à chacune

Les sages-femmes n'ont pas le même profil qu'elles exercent en « centre-ville », en milieu « péri-urbain » ou en milieu « rural ». Proches de leur patientèle, elles restent dans la même sphère sociale.

Un cabinet rural et « nature »

Installée sur la commune de Challans depuis 2012, la sage-femme que nous avons rencontré a passé son enfance à la campagne. Issue d'une famille de viticulteurs, il a été naturel pour elle de retourner travailler dans une ville rurale à la fin de ses études à l'école de sages-femmes de Nantes. Ne se sentant pas à sa place dans une grande ville, elle nous confie dans son récit quelques explications: « *Je recherchais dès ma sortie une petite structure hospitalière pour accompagner les femmes le plus physiologiquement possible, loin d'un monde trop médical* ». Elle exerce tout d'abord au centre hospitalier de Challans puis progressivement, en mixant son activité hospitalière et libérale, elle s'installe dans son cabinet situé juste en face de l'hôpital.

C'est une sage-femme au style plutôt classique et naturelle, cela se ressent dans ses tenues vestimentaires, simples et confortables avant tout ainsi que dans sa pratique. C'est elle qui rencontre le plus de patientes de milieux variés et est l'image de beaucoup d'entre elles. Les patientes résidants sur Challans sont pour certaines issues de villages situés plus en campagne et pour qui la notion de nourriture biologique et d'accompagnement naturel fait partie de leur philosophie de vie.

Portée sur « *la nature du corps* », « *la nature de l'esprit* », et un mode vie sain, dans la population elle est appelée plus familièrement « sage-femme nature ». Cette dernière accorde une réelle importance à ce « *bien-être physique et mental qui passe par l'écoute du corps et de l'esprit* », qui ne va pas sans « *une alimentation saine et biologique* ». Installée loin des grandes villes, elle rappelle aux femmes l'importance « *d'une présence à soi dans une société si pressée et en demande de résultats.* »

Elle doit cependant faire face à de nombreuses demandes. L'offre de soins de la commune restant limitée et le cabinet proposant un accompagnement très différent de l'hôpital ou du médecin, les patientes n'ont pas hésité à s'orienter vers ce type de suivi. La sage-femme se doit donc de réaliser un suivi qui répond à ses envies mais aussi à celles des patientes, parfois très différentes. Lors de ses séances de préparation à la naissance ou en consultations, elle invite les femmes « *à l'écoute du corps et à aller en ce sens au travers de la gym douce, des respirations, des postures d'accouchement, de la rééducation* » et ainsi essayer de « *comprendre le fonctionnement du corps et vivre en harmonie avec lui (par des étirements, pressions).* » Très proche de la physiologie et ayant confiance en la capacité des femmes à donner la vie le plus naturellement possible, elle les prépare dans ce sens pour la naissance de leur enfant.

L'ensemble de ses formations rejoint cette notion de bien-être physique et mental: l'Eutonie (méthode d'éducation somatique) et la CMP (« connaissance et maîtrise du périnée ») pour la rééducation périnéale mais aussi une formation en homéopathie et à l'accompagnement psychique dispensée par A.C Boulanger qui lui a appris à écouter les femmes, leurs peurs, leurs histoires et leurs ressentis tout au long de la grossesse.

Cette sage-femme réalise donc un suivi de grossesse et une PNP plutôt classique mais sa longue expérience en salle d'accouchement est un point fort dans son discours et pour la compréhension des femmes. Elle se déplace aussi au domicile de ses patientes (pour réaliser les monitorings ou les pesées du bébé). L'activité de cette sage-femme est très importante. Bien plus qu'un simple cabinet offrant un accompagnement différent aux femmes enceintes qui le souhaitent, cette sage-femme remplit une véritable mission de santé publique. Situé juste en face de l'hôpital, elle répond ainsi à des besoins importants en termes de suivis de grossesses

physiologiques dans la région.

Un cabinet péri-urbain plutôt « ethnique »

Le cabinet « périurbain » a été créé il y a presque trente ans et les patientes viennent encore y chercher un suivi différent, moins conventionnel avec des méthodes de travail diverses et variées.

Les deux jeunes sages-femmes qui y exercent, toutes deux diplômées de l'école de Nantes, sont plutôt considérées comme « sages-femmes ethniques », non pas par leurs origines familiales mais par leur intérêt pour la culture étrangère. Elles paraissent plus « cool » dans leur façon de s'habiller, toujours colorées et assez ressemblantes à celle de leurs patientes, entre la simplicité et l'originalité de motifs africains mais aussi dans leur discours et dans leurs centres d'intérêt: l'art pictural, la musique étrangère et la pratique des percussions. Nous pouvons assimiler cela à une sorte de mimétisme de leurs patientes.

Installées dans Nantes, proches des quartiers où l'on trouve une majorité de personnes d'origine étrangère, elles sont donc amenées à suivre beaucoup de familles maghrébines ou africaines lors de leurs grossesses. Les deux jeunes sages-femmes sont très à l'aise et apprécient ce mélange culturel qui se succède chaque jour au cabinet.

Toutes deux sont formées au Shiatsu, pratique de massages par pression d'origine japonaise. Elles initient les femmes qu'elles rencontrent à ces méthodes corporelles. De plus, l'une d'entre elles a également bénéficié d'une formation en ostéopathie et en psychologie. Très attirées par les méthodes manuelles, elles les utilisent pour « *apaiser les tensions, soulager les douleurs* ». Ce toucher rassurant « *met en confiance les patientes* », qui se sentant entendues et comprises, se préparent au mieux à la venue de leur enfant. Ces techniques et ces approches sont parfaitement en accord avec ce que souhaitent les patientes étrangères pour la venue de leur enfant.

Cependant, ne disposant que d'une seule pièce de consultation, l'activité du cabinet est répartie chaque jour entre les deux sages-femmes. Elles suivent leurs patientes en totalité, se déplaçant chez elles avant et après la naissance du bébé et toutes les deux proposent le même type de suivi et d'accompagnement des patientes.

Un cabinet « entrepreneurial et citadin » en centre-ville

Dans le cœur de Nantes, le cabinet du « centre-ville », est situé dans un ancien immeuble. Une seule sage-femme, parmi celles que nous avons interrogées, y travaille depuis près de vingt-quatre ans. Elle a été rejointe petit à petit par ses collègues, confrontée aux demandes croissantes des patientes. Ces quatre sages-femmes de la ville s'articulent dans un dynamisme apporté par le centre très urbain qui les entoure. Le fait que ce cabinet ait été créé depuis longtemps apporte certains avantages: un héritage, une réputation, une patientèle, autant d'éléments rentrant en compte et nécessaires au bon fonctionnement de l'activité libérale. Les patientes connaissent le cabinet puis y reviennent et en parlent autour d'elles, plusieurs générations se succèdent.

Les sages-femmes libérales évoluent elles aussi, proposant de nouvelles possibilités à leurs patientes (gynécologie, ostéopathie, etc.) tout en conservant ce que les femmes viennent chercher depuis le début de sa création: un suivi adapté et répondant aux envies et aux besoins d'une population plutôt aisée de centre-ville. Différentes en âge (de 34 à 51 ans), chacune ayant sa propre personnalité, elles sont tout de même comparables dans leur organisation et exercent en parfaite collaboration. Dans un esprit plutôt bourgeois, ces sages-femmes du centre-ville résident pour la plupart elles mêmes en plein centre de Nantes. Si bien, que dans certains sujets de conversations avec les patientes, nous retrouvons plusieurs points communs: la même école primaire du quartier fréquentée par les enfants, les cours de musique, etc.

Leurs tenues simples tout en étant chics s'accordent elles aussi très bien à celles de la majorité des patientes

rencontrées. Ces quatre sages-femmes « citadines », parfaitement coordonnées entre elles, proposent selon leurs formations, un large choix qui répond au mieux aux envies des patientes. Elles répondent idéalement à une population où la maîtrise, les attentes et les résultats sont souvent les maîtres mots du quotidien

De plus, l'expérience de l'une d'entre elles dans la pratique de l'accouchement à domicile lui procure un bagage d'expériences et d'émotions différent de ses collègues, qui ont elles exercé en salle de naissance au sein des structures hospitalières. Une seconde, aînée d'une grande famille, fut confrontée très jeune à la gestion et à l'organisation du foyer, ce qui se ressent dans sa pratique. Elle suit ces couples, ces mères ou ces jeunes femmes de façon très méthodique, apportant des solutions à chaque problème et chaque moment de la vie, sans pour autant en oublier l'importance de l'affectif. Enfin, les deux dernières, d'origines citadines et familiales avec cette vie urbaine, ont volontiers accepté de travailler en tant que sage-femme libérale en ville. Elles nous confient dans leur récit vouloir « *accompagner les femmes selon leurs envies et créer une relation forte basée sur la confiance et le partage* »

Les quatre sages-femmes du « centre-ville » bénéficient d'une forte activité. Beaucoup de patientes y sont suivies pour leurs grossesses mais pas seulement. Formées en gynécologie, elles réalisent beaucoup de suivis gynécologiques des adolescentes aux patientes plus âgées. Elles sont aussi formées en sophrologie, à la méthode Bernadette de Gasquet⁴⁶, proposent des séances de yoga, de préparation en piscine, de rééducation périnéale par la méthode CMP ou par sonde vaginale. Un panel de choix qui permet à la patiente de décider en fonction de ses envies et de ses besoins. Ce cabinet « citadin », dont nous pourrions même dire qu'il est « riche » dans la mesure où y exercent quatre sages-femmes, propose une offre très large, un peu « sur-mesure » et fonctionne comme une véritable petite entreprise. Les rôles de chacune sont définis et cela leur permet d'offrir un service diversifié répondant aux attentes d'une patientèle plutôt exigeante.

Les origines familiales et le vécu de chacune ont à la fois influencé le moment de leur installation et encore aujourd'hui modifient leur façon d'exercer le métier de sage-femme libérale. L'univers dans lequel chacune nous accueille est différent: un cabinet avec une sage-femme très portée sur la nature, un cabinet de sages-femmes ethniques et un cabinet citadin. Moins nombreuses, les sages-femmes rurales et péri-urbaines ne peuvent se permettre de gérer aussi facilement les demandes individuelles que le cabinet citadin, proposant une offre sur mesure dans une ambiance cossue.

⁴⁶ La méthode de De Gasquet, ou l'approche posturo-respiratoire (APR) est une préparation à l'accouchement qui est à la fois un mélange de notions : en kinésithérapie, en ostéopathie et en obstétrique.

Chaque sage-femme a choisi l'exercice libéral en fonction de ses valeurs: la famille, la liberté, l'absence de hiérarchie, les relations qui s'établissent avec les couples, ce côté « *maternel* » et rassurant très apprécié des patientes.

Les trois cabinets que nous avons visité fonctionnent bien différemment les uns des autres : les formations, la demande, les patientes font varier les conditions d'exercices et les pratiques de chaque sage-femme. Cependant, chacune s'est montrée comme pleinement épanouie et satisfaite de ce qu'elle construit chaque jour avec ses patientes, respectant ses valeurs et ses idées.

Nous vous avons montré dans ces quelques lignes que ces cabinets, très « socialement » situés, correspondent à la patientèle qui les fréquentent et répondent aux besoins locaux. Le contraste est en particulier assez fort entre le cabinet du « centre-ville », au coeur d'une offre très variée avec une clientèle assez exigeante et le cabinet « rural » qui remplit une véritable mission de service public. La sage-femme libérale gère la pénurie de professionnels plus qu'elle ne se heurte à la concurrence. On peut alors se demander si ces éléments marquent une différence dans la population des patientes et dans la prise en charge de leurs grossesses ?

II.C - Les patientes

Lors de notre étude, nous avons rencontré trente-quatre femmes (deux femmes ayant été rencontrées à l'occasion de deux consultations différentes): onze femmes de milieu « rural », dix-sept en « centre-ville » et six en zone « péri-urbaine ». Chacune d'entre elles se distinguait en fonction de son âge, de sa profession, de sa parité mais aussi de son lieu de vie et de sa personnalité.

Nous avons tout d'abord choisi de les présenter en fonction de leurs caractéristiques générales afin d'ensuite mieux cibler qui sont ces femmes et pourquoi elles ont fait le choix de se faire suivre par une sage-femme libérale.

II.C.1 Les caractéristiques de ces femmes

L'âge

L'âge des patientes rencontrées lors de nos observations varie de 21 ans à 37 ans, avec une moyenne d'âge de 30 ans. Vingt et une d'entre elles sont âgées de 28 à 35 ans.

Selon les données sur la santé périnatale de 2013, l'âge moyen des mères au moment de l'accouchement est passé de 28 ans en 1990 à près de 30 ans en 2010, dans les Pays de la Loire. De plus, une étude menée par B. Bobenrieth en 2012, sur les profils sociologiques des patientes bénéficiant d'un suivi prénatal par une sage-femme libérale, retrouvait que l'âge des patientes se situait autour de 30 ans. Notre échantillon est donc relativement conforme à ce que l'on connaît de la population générale des femmes enceintes mais aussi à celle qui semble consulter les sages-femmes libérales.⁴⁷ Cependant n'existe-t-il pas des différences entre ces femmes en fonction de l'endroit où l'on se trouve ?

⁴⁷ BOBENRIETH B., *Profil sociologique des femmes effectuant un suivi prénatal chez une sage-femme libérale, Mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, université de Nantes, 2012. p 35.*

En « centre-ville », des patientes de générations différentes se rencontrent mais la majorité est âgée de 28 et 35 ans (neuf femmes). Cette grande mixité est apportée par une population citadine, plutôt bourgeoise, plus âgée et une population de patientes plus jeunes, souvent orientées par le planning familial.

En milieu « péri-urbain », nous n'avons rencontré que peu de patientes durant notre étude mais toutes étaient âgées de plus de 28 ans. Cette population qui consulte pour un suivi de grossesse est très différente et plus âgée que la moyenne des femmes qui viennent au cabinet (pour la PNP ou la rééducation périnéale).

En milieu « rural », nous avons observé des patientes de tout âge. Autant de patientes de moins de 28 ans, que de plus de 35 ans et entre les deux. Le fait d'exercer en zone rurale aurait donc certainement un lien avec la diversité de la population que l'on retrouve au cabinet. Comme nous le disions précédemment, la disponibilité, l'offre des professionnels de santé de la région et la proximité géographique semblent impacter sur la population des femmes qui fréquentent le cabinet.

Les sept sages-femmes ont donc eu rendez-vous avec tous types de patientes: des plus jeunes aux plus âgées. Il n'y a pas de moyenne d'âge propre à chaque cabinet, les femmes qui viennent y consulter sont différentes les unes des autres. Cependant, la majorité des patientes se situe dans la moyenne nationale des femmes enceintes aujourd'hui mais aussi dans celle des femmes qui s'orientent vers une sage-femme libérale pour leur suivi prénatal.

Le niveau d'études

Dans la patientèle des sages-femmes libérales, il existe une surreprésentation des patientes ayant un niveau master et plus.

En « centre-ville », douze patientes, sur les dix-sept rencontrées, ont un niveau licence et plus dont huit ont un niveau master (en milieu « rural », trois sur treize seulement disposaient d'un master).

En zone « péri-urbaine », toutes les patientes, à l'exception d'une seule, bénéficient d'une licence ou plus et plus de la moitié d'entre elles disposent d'un master. Dans la ville de Nantes, nous avons donc eu à faire à des femmes très diplômées.

En milieu « rural », tous les parcours scolaires sont représentés (CAP, bac, licence, master). Cependant, huit des patientes ont un niveau inférieur ou égal au bac, ce qui s'explique par leurs jeunes âges ainsi que par des professions différentes de celles des femmes de milieu urbain.

Vraisemblablement, les femmes rencontrées chez les sept sages-femmes libérales ont un niveau scolaire plus élevé que la moyenne des femmes des Pays de Loire.⁴⁸ Les patientes qui consultent les sages-femmes libérales semblent donc plus diplômées. Peut-être mieux informées sur les possibilités de suivi et plus à même de réfléchir, de concevoir un choix personnel concernant le déroulement de leur grossesse ? En milieu « rural », la présence de cette mixité de parcours peut également être expliquée par des raisons de proximité et d'offre de soins locale. Néanmoins, une meilleure information du public quant aux compétences des sages-femmes dans le suivi des grossesses n'est pas exclue face à cette diversité croissante de patientèle.

La catégorie socioprofessionnelle (PCS)

En lien avec leurs niveaux d'études, les catégories socioprofessionnelles des patientes de sages-femmes libérales les plus largement représentées sont les professions intermédiaires et les cadres et professions

⁴⁸ Rapport de l'INSEE : Diplôme le plus élevé de la population non scolarisée de 15 ans ou plus selon le sexe en 2012 : 75,8% des femmes des PDL ont un niveau scolaire inférieur ou égale au bac et BP, seules 24,3% sont titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur.

intellectuelles supérieures, avec vingt et une patientes.

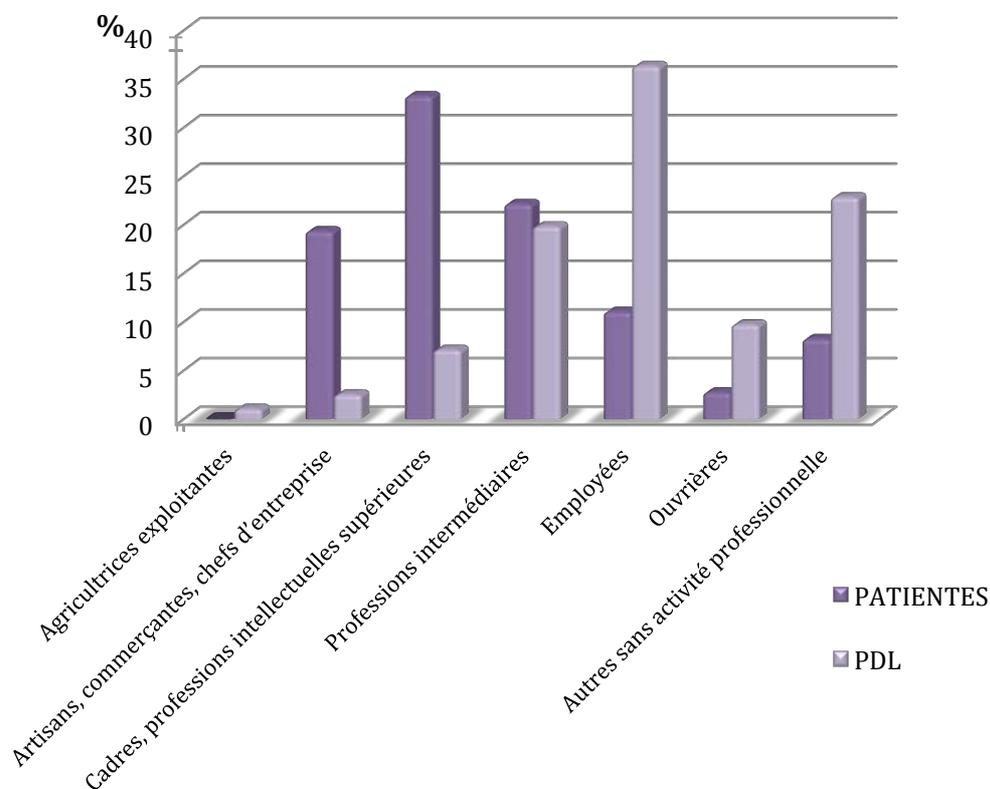
Tableau 1: Répartition des patientes en fonction de leur PCS.

PCS	Effectifs
Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	2
Cadres et professions intellectuelles supérieures	10
Professions Intermédiaires	11
Employés	6
Ouvriers	2
Autres personnes sans activité professionnelle	5
Total	36

Si l'on compare la PCS des patientes à celle de la population générale des femmes des Pays de Loire, force est de constater qu'il existe une part plus importante de cadres et professions intellectuelles supérieures et une part moindre d'ouvriers chez les sages-femmes libérales. Les personnes sans activité professionnelle prennent à la fois en compte les patientes au chômage et les mères au foyer.

De plus, conformément à cette surreprésentation des femmes de catégories sociales supérieures, il y a très peu de femmes bénéficiaires de la CMU ou l'AME (seulement quatre femmes bénéficiaient de la CMU).

Graphe 1: Comparaison des PCS des femmes des Pays de Loire et des patientes de l'étude.⁴⁹



⁴⁹ Rapport de l'INSEE : catégories socio-professionnelles des femmes des PDL.

Les informations que nous avons recueillies sont une fois de plus en accord avec l'étude déjà réalisée, au sein des cabinets de sages-femmes libérales par B. Bobenrieth. Cette dernière montrait une surreprésentation des professions intermédiaires ainsi que des cadres et professions intellectuelles supérieures.

Cela veut donc dire que ces femmes choisissent majoritairement un autre suivi que celui qui est encore habituellement emprunté par un grand nombre de personnes lors de leurs grossesses.

En milieu « rural » uniquement, nous avons rencontré des patientes travaillant dans l'artisanat ou étant chefs d'entreprises: l'une étant directrice de thalassothérapie, l'autre étant jeune fleuriste. La part d'employés est également plus importante que dans les autres cabinets, représentée par des patientes aux métiers divers: vendeuse, aide-soignante, aide à domicile ou employée de banque. Cependant, elles ne représentent pas la majorité car près de la moitié des patientes de Challans (six sur onze) font partie des professions intermédiaires ou des cadres et professions intellectuelles supérieures. Cette catégorie socioprofessionnelle est donc largement représentée même en milieu « rural », des patientes: ingénieure, vétérinaire ou bien assistante commerciale, etc.

A la différence en « centre-ville », ces patientes cadres sont plus souvent avocates, juristes, cadres dans la fonction publique ou internes en médecine. Les professions intermédiaires restent elles souvent les mêmes: infirmières, professeurs des écoles, assistantes commerciales. Ces deux catégories confondues représentent douze des dix-sept patientes rencontrées en « centre-ville » soit la majorité.

En milieu « péri-urbain », les deux tiers des patientes qui font suivre leur grossesse au cabinet font également partie des professions intermédiaires ou cadres et professions intellectuelles supérieures. Ces femmes sont très différentes de celles rencontrées en séances de PNP, qui sont pour la plupart ouvrières, employés ou sans emploi.

Enfin, cinq patientes seulement étaient sans activité professionnelle et toutes se trouvent dans les cabinets de Nantes, trois en « centre-ville », dont deux âgées de 21 ans orientées par le planning familial et une patiente était mère au foyer. Les deux patientes, de zone « péri-urbaine », venaient tout juste de s'installer dans la région.

Au sein de chaque cabinet, une certaine mixité sociale est retrouvée. Le secteur d'activité et l'offre d'emploi locale sont certainement en lien avec cette répartition. Cependant, quel que soit le cabinet, une large part de notre échantillon appartient aux catégories sociales supérieures. Ces femmes paraissent mieux informées et disposent d'une autonomie leur permettant de se positionner différemment par rapport au modèle préexistant, s'autorisant à ne pas consulter un médecin si la grossesse se déroule normalement. C'est très certainement le cas pour les personnes travaillant dans le domaine médical: infirmière, interne en médecine, ostéopathe, etc. pour qui les compétences médicales sont déjà acquises. Ces femmes recherchent alors autre chose: une approche plus conviviale, qui « semble » moins médicale dans le suivi de leur grossesse car une sage-femme libérale prescrit et examine elle aussi.

Utiliser l'ensemble des offres et les combiner entre elles relève d'une véritable expertise que toutes les femmes ne peuvent pas mettre en œuvre, selon leur disponibilité et leur familiarité avec le milieu médical. Ainsi, on constate que le recours au généraliste peut apparaître pour certaines comme la solution la plus simple, « multifonctionnelle », tandis que d'autres multiplient les recours ciblés: tel professionnel pour la technique, l'autre pour l'écoute, l'autre encore pour les soins courants etc. Se faire suivre par une sage-femme libérale c'est changer de professionnel de santé pour la fin de sa grossesse (ce qui n'est pas toujours le cas à l'hôpital ou en clinique) mais aussi diversifier les recours en cas de problèmes plus complexes ou

extérieurs à la grossesse (ce que le suivi par le généraliste évite puisque tout problème de santé peut lui être adressé).

Situation maritale

Concernant la situation maritale, vingt et une de nos patientes étaient mariées ou pacsées et douze vivaient en concubinage, soit trente-trois patientes en couple vivant avec le père de l'enfant.

En « centre-ville », la grande majorité de nos patientes étaient mariées (douze patientes).

En milieu « péri-urbain », les deux tiers des femmes étaient également mariées ou pacsées.

A la différence en « milieu rural », nous avons pu rencontrer autant de patientes vivant en concubinage que de patientes mariées. Une seule était célibataire.

Les patientes de sages-femmes libérales seraient donc plus souvent des femmes mariées. Cependant, nous constatons que les patientes résidant à Nantes sont plus souvent mariées que celles qui résident sur Challans. Ces patientes de la ville auraient donc un attachement plus fort à la construction familiale traditionnelle: d'abord le couple, le mariage puis les enfants. En milieu « rural », ce schéma semble moins souvent respecté. Cependant, dans chacun des cabinets, ces femmes mariées sont majoritairement des patientes plus âgées (plus de 26 ans en moyenne)⁵⁰ et faisant partie d'une catégorie socioprofessionnelle supérieure (cadres ou professions intermédiaires), ce qui expliquerait nos différences. En 2012, B. Bobenrieth montrait déjà dans son étude que la très grande majorité des femmes suivies par les sages-femmes libérales évoluait dans un milieu familial stable et dont le tiers était marié.

Parité

L'expérience de la maternité et la naissance d'un premier enfant semblent impacter sur la population des patientes de sages-femmes libérales depuis déjà plusieurs années. C'est ce que démontrait également B. Bobenrieth dans son étude: le fait d'acquérir une première expérience de la maternité modifierait le comportement des femmes, en faveur d'un suivi de grossesse par une sage-femme. Nous avons alors choisi de regarder d'un peu plus près ces patientes en fonction des lieux où elles se font suivre.

Dix-neuf patientes sur trente-quatre attendent leur premier enfant et les moins de 30 ans étaient quasiment toutes primipares (neuf sur les quatorze patientes de moins de 30 ans). Cependant, il existe une légère surreprésentation des multipares chez les patientes de plus de 30 ans (dix multipares parmi les dix-sept patientes de plus de 30 ans)

En « centre-ville », nous avons rencontré quasiment autant de patientes multipares que primipares, respectivement neuf et huit. En milieu « péri-urbain », les deux tiers des patientes étaient primipares. De même, en milieu « rural », la quasi totalité des femmes étaient primipares (sept sur onze patientes).

Il semble y avoir une modification du comportement de ces femmes pouvant être lié à plusieurs facteurs: Niveau d'études ? Catégorie socioprofessionnelle ? Désertification médicale ? Peut-être aussi, dû à une plus large information concernant les opportunités qu'apportent ce type de suivi mais également une pratique qui s'étend dans certaines catégories sociales spécifiques et devient « l'usage » dans ces milieux.

En « milieu rural », les possibilités de suivi des femmes enceintes sont plus réduites. Cela semblerait expliquer une fois de plus cette répartition: les primipares sont souvent amenées à se faire réorienter vers une

⁵⁰ Rapport de l'INSEE sur l'âge moyen des femmes au mariage en France: 30,5 ans-Primo-nuptialité féminine et âge moyen des femmes au premier mariage, France.

sage-femme libérale ou à se renseigner elles-mêmes sur les ressources disponibles pour leur suivi prénatal. De façon plus marquée à Nantes, l'expérience personnelle des femmes (dont peuvent faire partie la profession de la femme ou les grossesses antérieures) aurait sans doute un lien avec le choix d'être suivi par une sage-femme libérale pour sa grossesse.

Pensant aux déceptions d'un précédent parcours, elles découvrent ainsi un autre type de suivi avec les sages-femmes libérales, ou bien au contraire, satisfaites par le suivi de leur précédente grossesse effectué par une sage-femme libérale, elles n'ont pas hésité à se diriger de nouveau vers ce type de suivi. Deux d'entre elles se confient :⁵¹ « Pour ma 2^{ème} grossesse, j'ai fait le choix de me refaire suivre chez Carole car cela c'était très bien passé la première fois. » ou bien: « Pour ma première grossesse, mes consultations étaient beaucoup trop vite expédiées, mon médecin traitant ne s'intéressait qu'au côté médical et manquait d'empathie. Pour cette grossesse ci, j'avais donc envie d'être suivi par quelqu'un de spécialisé dans la grossesse et l'accouchement. »

Selon Clautour. L, dans sa thèse sur les parcours de suivi de grossesse, une première maternité est souvent gérée différemment des suivantes car les femmes s'appuient sur leur expérience pour se repérer et organiser leur propre parcours. Par exemple, le suivi par une sage-femme libérale est parfois plus fréquent chez les multipares que chez les primipares, dans la mesure où ces dernières n'ont pas repéré en amont la fonction de ces professionnelles. De même, c'est souvent une insatisfaction qui conduit les femmes à réorienter leur choix lors d'une deuxième grossesse. Cet effet important de l'expérience montre la faible connaissance *a priori* des femmes enceintes de la 1^{er} enfant concernant les possibilités qui leurs sont offertes.⁵²

Suivi des précédentes grossesses

Dix-neuf des patientes étant primipares, il s'agit donc d'un premier suivi de grossesse exercé par une sage-femme libérale.

En « centre-ville », parmi les neuf patientes multipares, six avaient déjà été suivies par une sage-femme libérale, une seule par son gynécologue et trois par leurs médecins généralistes. On a donc une légère surreprésentation des sages-femmes libérales en ville.

En milieu « péri- urbain », sur nos deux patientes multipares, l'une était suivie par une sage-femme libérale, l'autre par son médecin traitant.

En « milieu rural », trois de nos patientes multipares étaient déjà suivies par une SFL, une seulement par son médecin généraliste.

Nos résultats nous montrent bien l'attrait déjà existant chez toutes ces femmes pour le suivi de grossesse réalisé par les sages-femmes libérales. De plus, le fait que les cinq patientes n'ayant pas été suivies par une sage-femme lors de leur précédente grossesse décident de changer de professionnel de santé pour cette nouvelle grossesse n'est sans doute pas sans cause: une déception ? La volonté de connaître autre chose ? B. Bobenrieth montrait cette vision négative du corps médical chez certaines femmes désireuses d'un accompagnement différent pour cette nouvelle grossesse. L'aide psychologique et la proximité apparaissaient déjà comme les critères de choix de ces femmes. Les sages-femmes semblent plus accessibles que le médecin, peut-être plus semblables à elles-mêmes ?

Suivi gynécologique en dehors de la grossesse

Les patientes que nous avons observé étaient globalement toutes bien suivies sur le plan gynécologique.

⁵¹ Il s'agit d'extraits de consultations enregistrés et retranscrits en l'état.

⁵² Clautour L., *Parcours de suivi de grossesse...*, op. Cit., p45

Elles ne sont que quatre sur trente-quatre à ne pas avoir bénéficié de suivi gynécologique annuel, dont trois sont âgées de moins de 25 ans.

Les patientes n'ayant jamais eu de suivi gynécologique de prévention étaient toutes des primipares. Toutes les multipares avaient déjà bénéficié d'un suivi gynécologique autre que pendant la grossesse. Peut-être familiarisées avec les pratiques, les gestes qui leur font moins peur ou mieux informées que les primipares, à la suite de leur premier accouchement, sur les enjeux du suivi gynécologique de prévention.

En « centre-ville », autant de patientes se faisaient suivre par une sage-femme libérale que par un médecin généraliste ou un gynécologue. En milieu « péri-urbain », c'est le même constat. Les professionnels de santé disponibles sont nombreux et les femmes ont le choix de se tourner vers le professionnel qui leur convient. De plus, les sages-femmes libérales de Nantes étant plus nombreuses, elles se démarquent en proposant diverses alternatives et certaines ont fait le choix de proposer à leurs patientes ce suivi gynécologique de prévention.

A contrario, en milieu « rural », aucune patiente ne bénéficiait d'un suivi gynécologique chez une sage-femme libérale. Les femmes consultent en premier lieu un gynécologue ou bien leur médecin généraliste si celui-ci le propose (seulement trois patientes ont bénéficié de ce type de suivi). La faible densité de sages-femmes en zone « rurale » et l'absence de formation en gynécologie chez certaines expliquent aussi cela.

Encore beaucoup de femmes semblent donc rester dans un schéma traditionnel pour leur suivi gynécologique et se tournent vers un gynécologue médical mais certains changements apparaissent, avec des patientes qui retournent chez leur sage-femme libérale à la suite d'une grossesse pour une pose de stérilet ou bien un frottis cervico-vaginal et quelques patientes nullipares bien informées semblent également s'orienter vers ce suivi qui s'offre à elles.

Lieu d'accouchement souhaité

Nombreux sont les éléments qui rentrent en compte dans le choix des femmes concernant leur lieu d'accouchement: désir d'autonomie, de liberté, de sécurité. Nous avons tendance à croire que les lieux d'accouchements de ces femmes sont choisis pour des raisons de proximité du domicile mais ce n'est souvent pas la seule raison.

A Nantes, quel que soit le cabinet, les femmes suivies par les sages-femmes libérales s'orientent vers les mêmes maternités, dont deux sont prédominantes: le CHU et la clinique Jules Verne. Parmi les douze patientes accouchant au CHU, nous trouvons une grande majorité de cadres, professions intellectuelles supérieures et de professions intermédiaires: assistante de justice, infirmière, etc et seulement cinq d'entre elles sont sans activité professionnelle. Nous pouvons donc y voir ici une volonté des professions supérieures, de maîtriser la naissance de leur enfant et d'avoir toutes les ressources disponibles en cas de problème. C'est la santé, la sécurité et le bien-être de l'enfant qui sont recherchés avant tout. Néanmoins, le CHU reste également une maternité publique de proximité facilement accessible pour les patientes en situation plus précaire.

Parmi les patientes accouchant à Jules Verne, on ne trouve que des nantaises et uniquement des patientes cadres, aux professions intellectuelles supérieures ou bien de professions intermédiaires. Jules Verne est une clinique mutualiste également nommée: « Maison de la naissance » qui prône des valeurs au plus proche de la physiologie et d'une naissance au naturel. Ces éléments sont pour la grande majorité recherchés par des patientes désireuses de contrôle et d'autonomie lors de leur accouchement, qui souhaitent avant tout un accompagnement au plus proche de leurs attentes. Le caractère de « maison » retire le côté trop institutionnel et médical mettant en avant l'intimité et le suivi plus personnalisé que recherchaient déjà ces femmes

lorsqu'elles souhaitent un suivi par une sage-femme libérale. La sage-femme est associée au naturel, au physiologique et opposée aux médecins avec ses instruments et ses techniques médicales. Autant d'éléments qui sont en accord avec le désir, le caractère mais aussi le milieu social de chaque patiente. Nous pouvons facilement mettre cela en lien avec les idéaux que prônent ces femmes: un mode de vie généralement plus « écolo » par exemple.

Les femmes nantaises n'accouchant ni à la clinique Jules Verne, ni au CHU se sont quasiment toutes orientées vers les cliniques privées, seules disponibles dans la région: la Polyclinique de l'Atlantique, la clinique Brétéché ou bien la clinique St Charles à la Roche sur Yon et l'hôpital de St Nazaire, ces deux dernières ayant été choisies pour la proximité plus raisonnable du domicile des patientes.

En milieu « rural » cette fois, le choix des patientes est très différent. Sur les onze patientes, neuf d'entre elles accoucheront à l'hôpital de Challans. Des patientes de catégories socioéconomiques très différentes y sont représentées. Cette maternité étant à proximité de leur lieu d'habitation, les patientes ont choisi sur ce principal critère leur lieu d'accouchement.

Aucune des patientes de Nantes n'a souhaité accoucher à Challans, ce qui paraît évident en vue de l'offre de soins qui les entourent: suffisamment importante et correspondant à leurs attentes. Néanmoins, deux des patientes de Challans iront accoucher au CHU ou à la Polyclinique de l'Atlantique, des patientes qui mettent avant tout en avant la « *sécurité* » qu'elles pensent ne pas être suffisante en maternité de type I (comme l'est la maternité de Challans).

Les femmes qui font appel à une sage-femme libérale pour effectuer leur suivi prénatal mettent en avant plusieurs critères de choix concernant la maternité dans laquelle elles souhaitent accoucher: « *sécurité* », « *autonomie* », « *accompagnement personnalisé* ». Ces éléments ne sont pas sans rappeler ce qui est déjà recherché par ces femmes lorsqu'elles se font suivre par une sage-femme libérale. Le choix du lieu d'accouchement apparaît donc en continuité avec le suivi que les sages-femmes libérales proposent. Selon B. Bobenrieth, dans leurs choix, les patientes y exposent des raisons d'ordre instrumental (la sécurité) et d'ordre relationnel (l'écoute, le naturel) tout en rejetant le côté déshumanisé de certaines structures, elles souhaitent être reconnues en tant que personne, écoutées et comprises.

Les femmes qui effectuent leur suivi prénatal chez une sage-femme libérale sont majoritairement des femmes d'une trentaine d'années, largement diplômées et de catégorie professionnelle supérieure. Différentes en milieu urbain et en milieu rural par leur exercices: avocate, médecin ou commerciale et ingénieure, ces femmes évoluent dans un environnement familial stable, le plus souvent mariées et cherchent toutes un accompagnement particulier pour leur grossesse. Primipares ou multipares, les raisons de leur choix s'expliquent différemment: connaissance, déception, etc. Cela se ressent également dans le choix de leur lieu d'accouchement en lien avec ce qu'elles recherchent par un suivi de grossesse chez une sage-femme libérale. Ces femmes très différentes d'un cabinet à l'autre semblent cependant semblables au sein d'un même cabinet, certainement à l'image de la sage-femme libérale qui les reçoit.

II.C.2 Que recherchent t-elles dans le suivi prénatal d'une sage-femme libérale ?

Dans une même zone géographique présentant une offre de soins diverse, on constate que les femmes s'orientent vers les sages-femmes libérales et les différents établissements de naissance selon une logique de proximité avant tout sociale. Choisir un mode de préparation à la naissance, déterminer des préférences pour son suivi, son accouchement, sélectionner un établissement, accorder sa confiance à un professionnel ou à une équipe de professionnels relèvent donc de pratiques qui ne sont pas guidées par l'évaluation du risque médical mais selon une logique d'inscription sociale de l'enfant à naître, au regard de cette expérience singulière.⁵³

Une proximité relationnelle et sociale

Le « suivi personnalisé » recommandé par les pouvoirs publics correspond à une adaptation de la prise en charge médicale des femmes, en fonction de leurs besoins exprimés et des risques propres définis pour leur grossesse. La personne du « suivi personnalisé » est alors la femme. En revanche, pour les femmes, la notion de « suivi personnalisé » désigne la personne du soignant.

L'argument de la « *personnalisation* », de la « *confiance* », du « *partage* » est fréquemment invoqué par les patientes, insistant sur « *l'intimité des examens gynécologiques* » et l'importance pour elles de se préserver d'intrusions multiples et étrangères. L'une d'entre elles nous explique: « *Être suivie par une seule et même personne pendant toute ma grossesse et être conseillée par une spécialiste en la question était pour moi l'essentiel. Je voulais un suivi plus doux et plus naturel, surtout moins froid et plus intime qu'à l'hôpital après mon parcours de procréation médicalement assisté.* » Elles expliquent aussi le fait de pouvoir se confier librement sans jugement et se sentant écoutées.

Indifféremment du cabinet, les patientes nous expliquent les mêmes raisons de leur choix. « *Avec les sages-femmes, c'est moins médicalisé, il y a plus de dialogue, c'est plus zen et c'est tout de même plus facile de se faire suivre par des personnes sympas avec qui on s'entend bien.* »

Enfin, certaines patientes ont elles fait le choix de se faire suivre dans un cabinet de sages-femmes parfois éloigné de leur domicile. L'une d'entre elles nous explique: « *J'ai choisi de continuer avec Florence pour cette grossesse car cela c'était si bien passé pour Gaspard lorsque nous habitons sur Nantes, que je souhaitais retrouver la même écoute, la même patience.* » Le fait que cette femme ne réside plus dans la même ville que lors de sa première grossesse ne change strictement rien à son parcours. Le suivi de sa grossesse devient l'occasion de maintenir un lien avec son réseau habituel de sociabilité.

Les femmes que nous avons rencontrées en milieu « rural » sont des femmes simples, naturelles, tant dans leur style vestimentaire que dans leur façon d'agir ou d'organiser le quotidien. Pendant ces semaines d'observations, elles nous ont paru moins anxieuses face à l'arrivée de leur futur enfant, sans exigences particulières vis à vis de leur suivi de grossesse, de leur PNP. Elles souhaitent que cela se passe le plus naturellement et simplement du monde, sans apriori, sans idéaliser à outrance ce moment unique de leur vie. Elles le voient comme une continuité de la vie, restant un évènement qui ne peut pas totalement être maîtrisé. Cette attitude, cette façon de penser est bien différente des femmes « de la ville ». Malgré des professions similaires, le milieu de vie paraît donc influencer l'attitude et les attentes des patientes. Ces patientes sont en phase avec ce que propose cette sage-femme : un mode de vie sain, une alimentation naturelle et biologique.

⁵³ Clautour L., Parcours de suivi de grossesse..., op. Cit., p.58.

De plus, les femmes originaires de communes rurales et ayant toujours résidé dans la même zone s'inscrivent spontanément dans l'offre de soins à laquelle elles sont habituées, selon des pratiques de recours aux soins auxquelles elles ont été socialisées. Le fait qu'elles s'orientent vers une sage-femme libérale de la région et non un gynécologue ou une maternité situés ailleurs nous démontre bien que ces femmes exploitent, dans un premier temps et dans la mesure du possible, les ressources dont elles disposent près de chez elles.

Ces données sont retrouvées dans certaines études⁵⁴, qui montrent que les femmes du milieu « rural » sont souvent les plus intégrées au territoire où elles habitent et ont depuis toujours utilisé l'offre locale de soins. Travaillant sur place, elles ne semblent pas avoir envisagé beaucoup de possibilités mais sont actives dans leur choix et le plus souvent, elles sont satisfaites de celui-ci.

Si les patients sont souvent opérés par des chirurgiens qu'ils ne consultent qu'une fois, l'événement de la naissance apporte une exigence supplémentaire, selon laquelle celui ou celle qui les suivra tout au long de la grossesse doit être « connu » des femmes. C'est aussi cette recherche de personnalisation qui guide les femmes ayant l'expérience de plusieurs grossesses à se diriger en priorité vers les mêmes interlocuteurs s'il n'y a pas eu de problème particulier.⁵⁵

La notion de proximité dans les modalités de suivi d'une grossesse est donc multidimensionnelle et elle ne saurait se réduire à un calcul de distance géographique ou à l'offre de soins. La combinaison des arguments avancés est en outre très variée et dépend de la façon dont les femmes construisent l'environnement de la naissance de leur enfant.

Un accompagnement privilégié

Le fait de se tourner vers une sage-femme libérale semble également dépendre de la relation que ces femmes entretiennent avec le secteur médical, de la façon dont leur vie s'articule autour des médecins, de la médecine en générale.

Les femmes ont des raisons bien à elles de choisir le suivi par une sage-femme libérale pour leur grossesse: personnalisation, écoute, attention, etc. La prise en charge des patientes semble différente des autres professionnels, non d'un point de vue strictement médical mais plutôt d'un point de vue social et psychologique.

« *Contact et écoute* » sont facilités nous disent les femmes car les sages-femmes sont plus disponibles « *moins pressées par le temps, elles s'intéressent au vécu global de notre grossesse, tant sur plan physique, qu'émotionnel* ». Elles ont un rôle holistique, un rôle de soutien. A travers les témoignages des femmes que nous avons rencontré, nous démontrons avant tout que la sage-femme se situe dans le contact « *humain* ». Elle attache de l'importance à l'écoute. Une patiente nous confie: « *Avec Sophie, on a la possibilité de poser plus des questions, d'avoir un rendez-vous moins expéditif, elle prend le temps de nous écouter.* » Cette notion de disponibilité, rejoint la notion de « *suivi naturel* » chez les patientes dans le sens où cela se passe bien, normalement, sans crainte, naturellement.

En milieu « péri-urbain », les femmes rencontrées lors des consultations de grossesse sont différentes des

⁵⁴ Clautour L., *Parcours de suivi de grossesse...*, op. Cit., p.54.

⁵⁵ CLAUTOUR L., *Parcours de suivi de grossesse...*, op. Cit., p 49.

autres cabinets mais différent surtout aussi de la patientèle générale du cabinet. Ce dernier situé à côté de quartiers multiculturels, des femmes de toutes les nationalités s'y retrouvent (Maghreb, Afrique noire, etc). Cependant, nous n'en avons pas rencontré lors des observations de suivi prénatal car ces femmes ne sont pas celles qui font suivre leur grossesse chez une sage-femme libérale mais la consultent pour la PNP ou la rééducation périnéale. Ces patientes qui effectuent leur suivi prénatal chez une sage-femme sont relativement plus proches des patientes rencontrées en « centre-ville » (professeur des écoles ou juriste) mais toutefois leurs attentes et leurs goûts ne sont pas similaires (ce qui explique certainement le choix des patientes, les deux cabinets n'étant que très peu éloignés). La simplicité et l'ouverture d'esprit des sages-femmes rejoint celui des patientes, dans une ambiance détendue. Elles sont très réceptives aux méthodes corporelles (shiatsu, ostéopathie) pratiquées et sont dans la même optique que les sages-femmes face à la naissance de leur enfant, défenseuses des maisons de naissance et de ces approches moins médicales. Ces femmes ont une façon de penser commune en lien avec « *laissons faire la nature, c'est elle qui décide* ».

Les sages-femmes laissent une large place à l'écoute et au partage, prévoyant le temps de consultation nécessaire à chaque patiente et c'est sur ce point que les patientes semblent apprécier: « *Lucie est beaucoup plus disponible, plus conviviale.* » Les patientes se sentent dans une relation privilégiée « *comme avec une amie* ». La sage-femme s'intéresse à la préparation de l'arrivée du bébé, au quotidien de ses patientes: la vie en couple, les relations familiales. Lors des suivis de grossesse, elle donne une vraie place à la confiance en soi, le « *lâcher prise* », l'écoute du corps. Pour les patientes comme pour les sages-femmes, cette écoute et cette approche naturelle, moins médicale, impact directement sur le bien être moral et physique de la mère.

Un plus, dans une prise en charge déjà bien médicale

« *Les sages-femmes détiennent une grande qualité de suivi en termes d'humanisme, de sensibilité, de vision de la femme et du bébé dans l'ensemble.* » Cette autre approche du suivi prénatal est globalement recherchée par toutes les femmes qui consultent les sages-femmes libérales mais notamment par les patientes aux catégories sociales supérieures. Le meilleur exemple reste tout de même les professions médicales qui regroupent beaucoup de patientes des sages-femmes libérales: infirmière, médecin généraliste, interne etc. Ayant déjà les connaissances requises en matière de santé, elles ne viennent pas consulter les sages-femmes uniquement pour un suivi « *recommandé* » bien au contraire, elles cherchent quelqu'un qui s'intéresse à autre chose qu'à leur santé.

Cet accompagnement privilégié, différent semble très apprécié des patientes et est une des principales raisons de leur choix et de leur satisfaction.

Les patientes qui fréquentent le cabinet du « centre-ville » l'ont bien compris. Le cabinet leur offre beaucoup de possibilités: un suivi prénatal plus humain, divers types de PNP au plus près de leur désirs, suivi gynécologique et c'est d'ailleurs une des raisons du choix du cabinet de sages-femmes libérales qui les suivra. Les exigences des patientes sont donc différentes que dans les autres cabinets et cela se ressent. Le désir de maîtrise et d'autonomie désignent plusieurs de ces femmes du « centre-ville » aux parcours professionnels variés (avocates, cadres, médecins, etc.) Le style vestimentaire élaboré, la façon de se comporter et le discours déterminé de ces femmes sont en accord avec cette volonté qu'elles ont de vouloir contrôler, de prévoir, de se projeter autour de la naissance de leur enfant de façon à agir au mieux et pour le mieux. Ces femmes en couple, actives et citadines d'origine et de lieu de travail, elles le restent aussi pour trouver leurs ressources médicales qui leur ressemblent. Ces femmes sont souvent les plus qualifiées et les plus dotées d'un point de vue socioéconomique.

Ce qui ressort de l'observation et du discours de ces patientes c'est que celles-ci ont des exigences différentes en fonction du lieu où elles se trouvent : une patiente cadre, au niveau de vie aisé, aux exigences définies fréquentera plus facilement le cabinet du centre-ville de Nantes. A contrario, une patiente cadre de Challans sera beaucoup plus simple dans sa façon d'être et dans ses souhaits face à la grossesse et l'accouchement. Ces différences caractérisent la population que nous pouvons rencontrer dans ces cabinets et ces derniers répondent correctement à la demande des patientes.

Ces femmes qui font appel à une sage-femme libérale pour leur suivi de grossesse recherchent autre chose que la médicalisation de leur suivi, une approche différente où la relation humaine prend toute sa place. Elles sont déjà protégées d'un point de vue de leur propre sécurité sanitaire, soit par leur exercice (les infirmières, les médecins, etc.), soit par leur médecin traitant. Elles ne cherchent pas cette relation strictement médicale où la santé physique est le centre d'attention mais plutôt le côté cocooning et agréable d'une relation avec une personne qui leur ressemble et où la santé psychologique à elle aussi toute sa place.

II.D - Les consultations de grossesse : la rencontre

Durant notre étude, nous avons réalisé trente-six observations de consultations de grossesse réparties entre les trois cabinets sélectionnés. Lors de ces observations, nous avons cherché à repérer ce qui caractérise une consultation de grossesse chez une sage-femme libérale: l'expression, la durée, les questions, l'examen clinique, etc. Ces données seront complétées par certains comptes rendus des échanges au cours des consultations observées.

II.D.1 - Qu'est ce qu'une consultation de grossesse chez une sage-femme libérale ?

La majorité des consultations, soit trente-quatre, étaient des consultations dites « programmées » et concernaient le suivi mensuel recommandé de la grossesse. Seulement deux concernaient un « autre motif » (suivi de tension artérielle (TA), arrêt de travail). Ces autres motifs ne représentent qu'une très faible part des consultations chez les sages-femmes libérales. A contrario, l'étude de J.Cuche montrait que les consultations de femmes enceintes chez le médecin généraliste concernaient bien plus souvent un autre motif que le suivi prénatal recommandé chaque mois (par exemple pour un arrêt de travail, des infections...).

L'expression

Dans trente-trois consultations, le vouvoiement était de rigueur entre la sage-femme et sa patiente. C'est avec une seule sage-femme et lors de deux consultations seulement que les deux femmes se tutoyaient: « *Tu vas bien, pas trop fatiguée ?* »

Même si le vouvoiement est plus couramment utilisé que le tutoiement lors des échanges, l'utilisation des prénoms est en revanche beaucoup plus répandue. Les sages-femmes se présentent aux patientes par leur prénom. Par exemple: « *Bonjour, je suis Anna, nous avons rendez-vous ensemble aujourd'hui...* » et les patientes appellent la sage-femme par son prénom: « *J'ai rendez-vous avec Lucie* » ou encore « *Bonjour, Florence* ». Enfin, les sages-femmes aussi les appellent fréquemment par leur prénom: « *Comment ça va, Caroline ?* » ou bien « *Prenez du temps pour vous, Karine c'est important.* »

Une nette différence entre la sage-femme et le médecin semble se créer. Quand les sages-femmes sont couramment appelées par leurs prénoms, les médecins sont désignés par leur titre. La sage-femme semble plus accessible que le médecin pour ces femmes. Ce côté plus personnalisé, moins déshumanisé du suivi est ce qui plaît aux patientes et leur donne une impression de convivialité.

Le terme de la grossesse

Les sages-femmes sont habilitées à réaliser le suivi prénatal des femmes dès le début de la grossesse et ce jusqu'au 7^{ème} mois. Lors de nos observations, nous avons bien souvent assisté à une seule des sept consultations de suivi de grossesse ayant généralement lieu au cabinet.

Toutes les sages-femmes libérales ont suivi leurs patientes tout au long de la grossesse. Au sein de chaque cabinet, nous avons donc rencontré des patientes aux termes très variés : entre le 2^{ème} mois et le 7^{ème} mois.

Tableau 2: Nombre de patientes rencontrées en fonction du terme de la grossesse.

Terme de la grossesse	Moins de 4 mois	De 4 à 6 mois	Après 6 mois
Nb de patientes	11	20	5

Dans chaque cabinet, les consultations de début de grossesse sont moins fréquentes que celle du deuxième

trimestre. La découverte de la grossesse après le 3^{ème} mois explique d'une part cette répartition mais bien souvent, les futures mamans (primipares pour la plupart) se sont premièrement orientées vers le professionnel de santé qui les connaît: leur médecin traitant. Réadressées par ce dernier vers une sage-femme libérale ou bien déçues de ce début de suivi « *trop médical, trop expéditif* », elles nous expliquent: « *vouloir plus d'infos et de renseignements propres à la grossesse et au bébé* », « *échanger avec quelqu'un dont c'est le cœur de métier que de prendre en charge les femmes enceintes.* » Finalement, « *c'est la sage-femme qui correspond le plus à nos attentes et à nos besoins* ». De même, la fin de la grossesse est parfois marquée par l'apparition de pathologies ou de complications, ce qui expliquerait peut-être la plus faible part des consultations au 7^{ème} mois, certaines patientes ayant alors été redirigées vers un médecin ?

La durée

Lors de leurs consultations, les sages-femmes libérales abordent de nombreux sujets et prennent le temps: d'écouter, de répondre aux questions, de rassurer. Pour une consultation, la durée peut être très variable.

Graph 2: Nombre de consultations réalisées en fonction de leur durée en minutes.

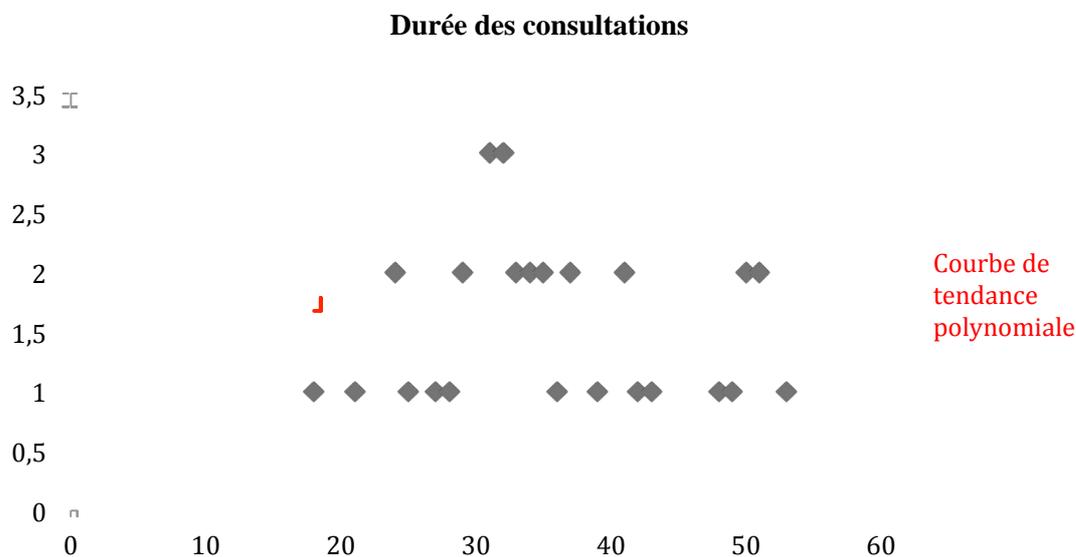


Tableau 3: Pourcentage de consultations réalisées en fonction de leur durée.

Durée en minutes	Fréquence
Moins de 30 minutes	25 %
De 30 à moins de 42 minutes	50 %
42 minutes et plus	25 %
Total	100%

Sur le graphique, on observe que la durée des consultations est globalement très étalée. Il n'y a pas réellement de pic représentatif de la durée de ces consultations, même si une tendance tend à se dessiner. Les sages-femmes libérales réalisent des consultations assez longues si l'on compare au 18 minutes accordées en

moyenne par le médecin généraliste.⁵⁶ Si l'on regarde maintenant le tableau ci-joint, on remarque également qu'il n'existe pas réellement de norme dans la durée de ces consultations. Ces dernières durent en moyenne 36 minutes mais on en observe tout de même $\frac{1}{4}$ de moins de 30 minutes et $\frac{1}{4}$ de plus de 42 minutes. Quels sont les facteurs à l'origine de ces variations ?

Toutes les sages-femmes que nous avons observé ont fait varier la durée de leurs consultations en fonction des patientes qu'elles ont été amenées à rencontrer: selon la parité, la PCS, le terme de la grossesse, etc. Seule l'un d'entre elle a réalisé l'ensemble de ces consultations, quelque soit la patiente, en moins de 36 minutes.

Concernant les caractéristiques des patientes, nous nous sommes tout d'abord intéressés au terme de la grossesse au moment de la consultation.

Tableau 4: Durée de la consultation selon le terme de la grossesse.

	< 30 minutes	30 à 42 minutes	> 42 minutes	Total
Du début de grossesse au 3 ^{ème} mois	1	4	4	9
Du 4 ^{ème} au 5 ^{ème} mois	3	8	3	14
6 ^{ème} mois et plus	5	6	2	13
Total	9	18	9	36

Au regard de ce tableau, on remarque que les consultations de début de grossesse, bien que peu nombreuses, ne durent quasiment jamais moins de 30 minutes. C'est quasiment le même constat au 4^{ème} et 5^{ème} mois, là où la majorité des consultations ont eu lieu. Lors de ces premiers rendez-vous, la sage-femme ne connaît parfois pas encore la patiente. Elle constitue avec elle son dossier médical et précise: sa personnalité, ses envies, ses peurs, etc. La sage-femme en profite également pour présenter le cabinet et les possibilités de préparation à la naissance. C'est normalement le rôle de l'entretien prénatal précoce (EPP) de cerner les vulnérabilités de la patiente mais aussi d'expliquer c'est qu'est la PNP. Une des raisons principales pour laquelle ces premières consultations sont assez longues est liée au fait que ce sujet soit largement abordé. Les sages-femmes y consacrent entre 10 à 30 minutes à chaque fois et explorent l'histoire personnelle de leur patiente: le papa, la famille, l'entourage, les ressources disponibles et les volontés du couple pour son suivi et sa préparation. Exemple lors de l'une de ces consultations : « *Comment avez vous vécu la grossesse et la naissance de votre premier enfant ?* » « *Très mal, Paul est né par césarienne et c'est tout ce qu'on ne souhaite pas. J'avais les bras attachés, je me sentais secouée dans tous les sens et une fois qu'il est arrivé, on me l'a enlevé très rapidement. Ça a été pour moi très violent et on ne m'y avait pas du tout préparé avant, lors de mon suivi.* » « *Je comprends, on va alors essayer de vous accompagner au mieux avec cette angoisse qui existe* » Le fait d'aborder les thèmes propres à l'EPP nous semble cohérent avec l'accompagnement qu'y en découle. La sage-femme libérale veut cerner, connaître, comprendre sa patiente pour la suivre du mieux possible et répondre à ses propres besoins.

En fin de grossesse, les consultations sont parfois plus courtes (6^{ème} et 7^{ème} mois). Les patientes ont, pour la plupart, commencé leur PNP et les questions qu'elles pouvaient avoir en début de grossesse ont souvent trouvé réponses lors de ces séances. Ces deux dernières consultations sont donc plus strictement médicales que les premières.

⁵⁶ CUCHE J. Etude des caractéristiques des consultations.... op. Cit. p 24.

Le terme de la grossesse explique quelque peu les variations de durée des consultations mais ce n'est pas la seule raison. L'âge de la patiente, ni même la catégorie socioprofessionnelle ne semble entraîner de variations, ce qui n'est pas le cas de la parité.

Tableau 5: Durée de la consultation selon la parité.

	< 30 minutes	30 à 42 minutes	> 42 minutes	Total
Primipare	3	9	9	21
Multipare	3	9	3	15
Total	9	18	9	36

La primiparité semble à l'origine de consultations plus longues. La patiente ne connaissant pas tous les points abordés lors du suivi de grossesse, la sage-femme se doit de lui expliquer plus en détails: la fréquence des rendez-vous, les examens, la prévention toxoplasmose, etc. Exemple avec l'une d'entre elle qui a rencontré une jeune patiente de 23 ans: « *C'est la première fois que l'on se voit aujourd'hui ?* » « *Oui c'est cela* » « *Du coup, pour le suivi de grossesse on va revoir un peu tout cela ensemble. Il est bien de se voir une fois par mois pour faire le point, s'assurer que tout aille bien pour vous et pour bébé... Tous les mois, je vous prescris aussi des bilans biologiques à réaliser au laboratoire, le but étant de prévenir certaines pathologies pouvant être dangereuses pour vous et votre enfant...* »

La durée des consultations dépend de nombreux facteurs: la création d'un dossier, la PNP, les fragilités, le quotidien, etc. Chacun d'entre eux faisant augmenter ce temps. Les sages-femmes apprécient d'autant plus être la personne à qui la patiente se confie car « *se sentir écouté, c'est indispensable en tant que patiente* » nous dit l'une d'entre elle. Elles affectionnent le fait d'être cette personne différente des autres professionnels de santé que l'on peut rencontrer. Une personne qui prend le temps pour ses patientes aussi bien d'un point de vue médical que psychologique et social. L'écoute est le maître mot de ces sages-femmes libérales et de la durée de leurs consultations. Plus la patiente se livre, plus il faut être disponible en retour pour entendre ce qu'elle a à dire et bien souvent cette écoute suffit à bien des traitements.

Les caractéristiques des patientes influent sur la durée des consultations. Nous remarquons aisément que la majorité des consultations de début de grossesse ou de primipares durent entre 30 à 42 minutes. Qu'est ce qui explique donc que l'on trouve 25% de consultations plus courtes (moins de 30 minutes) et 25% de plus longues (plus de 42 minutes) ?

Les différentes périodes

Après s'être intéressé au temps global d'une consultation, nous avons essayé de comprendre comment celles-ci étaient construites. Les consultations que nous avons observé étaient toutes élaborées de la même manière:

- un temps « d'introduction et de rencontre » avec accueil, interrogatoire médico-obstétrical et conseils à la patiente...
- un temps « d'examen clinique » avec prise de TA, palpation abdominale, bruits du cœur, et parfois un toucher vaginal...
- un temps « de conclusion et de discussion » avec réalisation des prescriptions, règlement de la consultation, et souvent un temps de dialogue entre les deux femmes.

La consultation est toujours structurée de cette manière qu'elle que soit le terme, la durée ou les thèmes

abordés. Elle ne varie pas non plus en fonction de la sage-femme qui la réalise.

Les différents thèmes

Afin de mieux comprendre comment se déroule une consultation de sage-femme libérale, nous avons choisi de détailler chaque séquence et de montrer plus précisément ce qui s'y passe. Nous nous sommes à la fois intéressés aux échanges, en termes de quantité (durée, nombres de questions, d'informations) ainsi qu'aux thèmes abordés.

Les thèmes généraux abordés ont alors été divisés selon 3 domaines distincts:

- le thème « somatique » concerne l'ensemble des éléments de conversation qui se rapportent au corps et à la santé physique.
- le thème « psychologique » concerne les sujets de conversation se rapportant à l'état d'esprit, les peurs, les inquiétudes...
- le thème « environnemental » concerne les éléments de conversation en lien avec ce qui entoure la patiente: sa famille, ses ressources, les documents officiels...

Tableau 6: Thèmes abordés et nombre moyen de fois où ils ont été abordés dans la consultation.

Thèmes	« somatique »	« psychologique»	« environnemental »
Nb moyen	79	8	31

Si l'on s'intéresse à la répartition de ces thèmes dans le discours des sages-femmes et de leurs patientes, on distingue une large représentation du thème somatique. Cependant, bien que beaucoup moins abordé que le thème somatique, l'environnement familial, professionnel, etc. et l'état psychologique de la patiente sont bien plus souvent évoqués que chez le médecin généraliste. J.Cuche retrouvait dans son étude que le thème environnemental n'était abordé la plupart du temps, que deux fois et une fois pour le thème psychologique. Bien que plus évoqué, le thème somatique l'est lui aussi beaucoup moins avec un médecin généraliste (sept fois en moyenne). L'interrogatoire médical est peut-être plus concis, les questions des patientes et les informations données sont certainement moins nombreuses ? La durée de consultation des sages-femmes libérales vient bien sûr étayer ces propos. Ces dernières disposant de consultations plus longues avec leurs patientes, elles prennent le temps d'aborder tous les sujets qui leurs tiennent à cœur mais on peut se demander à quel moment de la consultation ces sujets sont-ils abordés et pourquoi ?

II.D.2 - Les caractéristiques des différents temps de la consultation

Le temps d'introduction

Les consultations débutent toutes par un temps d'introduction. Cette étape de la consultation est primordiale et se compose toujours d'un temps d'écoute, d'un interrogatoire médico-obstétrical et de la délivrance de quelques précieux conseils au quotidien (positions, étirements, etc.).

Dans la quasi-totalité des cabinets, la patiente et la sage-femme sont installées face à face, autour du bureau. Seule l'une d'entre elle a placé son bureau de façon à se trouver directement à côté de sa patiente. Cette proximité selon elle « *diminue la distance avec le professionnel de santé et ôte le côté trop médical et froid du grand bureau qui les sépare* ».

Dans un premier temps, nous nous sommes intéressés à chacun des points qui varient dans le contenu de cette introduction.

La durée

Tableau 7 : Pourcentage de consultations en fonction de la durée de l'introduction.

Durée en minutes	Fréquence
Moins de 8 minutes	14 %
De 8 à moins de 16 minutes	53%
16 minutes et plus	33%
Total	100%

Le temps d'introduction varie lors de chaque consultation mais dans plus de 50% des cas, il dure de 8 à 16 minutes. De plus, la moyenne s'élève à 16 minutes accordées chaque fois à la patiente: la richesse des échanges et la variété des sujets qui y sont abordés expliquent notre constat. Cependant, certaines introductions voient leur temps multiplié par deux (plus de 16 minutes versus moins de 8 minutes). Ce temps varie en fonction des sages-femmes. Rappelons nous que l'une d'entre elle réalise des consultations plus courtes et contrairement à ce que l'on pourrait imaginer, c'est elle qui réalise les plus longues introductions (les $\frac{3}{4}$ durent plus de 16 minutes). Globalement, rares sont les introductions durant moins de 8 minutes (sept sur trente-six), seule une sage-femme n'en a réalisé aucune. Les sages-femmes abordent donc beaucoup de points relatifs au suivi prénatal dès le départ de la consultation et ce quelque soit le terme de la grossesse.

Sachant qu'une consultation dure près de 36 minutes, cette introduction représente près de la moitié de la consultation. Si l'on regarde le poids de cette séquence sur l'ensemble de la consultation, nous remarquons qu'elle représente en moyenne 41%. Chez la quasi totalité des sages-femmes cette étape représente plus de 30%, (à l'exception de celle où les consultations sont les plus courtes, le poids de son introduction est toujours de plus de 56%).

Ces résultats sont liés aux nombreux échanges qui ont lieu entre la sage-femme et sa patiente mais aussi, bien souvent, aux divers sujets abordés.

Les échanges

C'est fréquemment la sage-femme qui engage la conversation « *Comment ça va ?* » ou « *Qu'elles sont les nouvelles ?* » permettant ainsi de saisir dès le départ, l'état de santé, les états d'âme de sa patiente. « *Vous m'avez l'air fatiguée ?* » ou bien « *Je te trouve bien pâle* » : très observatrices, les sages-femmes orientaient dès le départ la consultation. Connaissant souvent bien leur patiente, elles peuvent facilement apprécier par l'attitude ou la démarche, le bien-être physique et l'état d'esprit de celle-ci.

La consultation se poursuit généralement par la prise de connaissances des résultats et examens médicaux du mois précédent: compte rendu d'échographie, bilan biologique. Toutes les sages-femmes ont pris le temps de revenir sur les examens réalisés, expliquant aux patientes ce que l'on y recherche et pourquoi. Cela semble très apprécié par les femmes qui se sentent rassurées et prises en compte. L'une d'entre elle nous raconte : « *On a pas pris le temps de m'expliquer lors de l'échographie, comme si je n'allais rien comprendre de toute manière mais une fois que Lucie a pris le temps de m'expliquer avec des mots simples, j'ai toute de suite compris que tout allait bien pour mon bébé.* »

Généralement, la sage-femme poursuit sa consultation par le calcul du terme de la grossesse et pose l'interrogatoire médico-obstétrical. Si l'on s'intéresse de plus près aux échanges qui ont lieu lors de cet interrogatoire médical et de ce premier moment de consultation, on remarque bien des différences.

Tableau 8: Nombre moyen d'informations et de questions posées par la SFL et la patiente en fonction de la durée de l'introduction.

	Questions SFL	Questions Patiente	Informations SFL	Informations Patiente
> 8 mn	10	0,5	2	16
8 à 15 mn	16	1	10	21
> 16 mn	29	2	19	38

Les questions des sages-femmes sont 10 à 15 fois plus nombreuses que celles des patientes: ces dernières n'osent-elles pas poser leur questions dès le début de la consultation ? Elles se contentent bien plus souvent de répondre à celles de la sage-femme.

Ces questions sont tout autant d'ordre obstétrical (contractions, mouvements actifs fœtaux, métrorragies, signes fonctionnels) que d'ordre psychologique et social, s'intéressant alors aux ressources, à la famille, aux inquiétudes des patientes. Malgré un grand nombre de questions médicales, les sages-femmes n'en n'oublent pas le coté humain que viennent chercher leurs patientes. Exemple avec l'extrait de consultation de l'une d'entre elle: « *Des opérations dans votre vie ?* » « *Oui, j'ai eu trois curetages pour fausses-couches.* » « *Un projet de grossesse qui est donc assez ancré j'imagine ?* » « *Oui depuis maintenant trois ans.* » « *Bon, on va prendre le temps de vous cocooner avec nous alors ! (Sourires)* »

Même si elles ne posent que très peu de questions, c'est plus fréquemment les patientes primipares qui en posent le plus, ne connaissant pas tous les signaux de la grossesse ou le matériel nécessaire pour accueillir le bébé, elles sont demandeuses de renseignements: sur les ressentis, sur la préparation de l'arrivée du bébé. Exemple avec l'une d'entre elle: « *Vous commencez à préparer tous ce que qu'il faut pour l'arrivée de bébé ?* » « *Oui mais, ils nous manquent une baignoire, un lit et un matelas. Vous savez où l'on peut trouver ça ?* » « *J'ai fait un vide grenier la semaine dernière et je n'ai pas vendu ma petite baignoire, je peux vous la garder si vous le souhaitez ?* » « *Oui on veut bien. Je voulais aussi acheter une couverture mais on m'a dit non les premiers mois, c'est vrai ?* » « *Oui, oui, plutôt une gigoteuse pour éviter que la couette ne le recouvre. Un bébé n'a pas la capacité de l'enlever si elle se retrouve sur son nez.* » « *Et pour le lit, un lit parapluie c'est bien aussi ? On nous a proposé ça sinon.* » « *Oui c'est bien et j'ai aussi une amie qui vend le sien si vous voulez.*»

Concernant le nombre d'informations données par la patiente, il semble corrélér au nombre de questions qui lui sont posées. Celles-ci étant beaucoup plus nombreuses lors de longues introductions (16 minutes et plus), le nombre de réponses de la patiente est lui aussi augmenté (passant de 16 à 38).

Lorsque la patiente est reçue pour la première fois au cabinet, la sage-femme prend le temps de récupérer et de remplir tous les éléments constitutifs du dossier: les documents administratifs (ex. de la déclaration de grossesse), les bilans sanguins et les examens échographiques déjà réalisés. Faisant d'abord un point sur tous ces papiers cela lui permet de ne rien oublier et de s'intéresser au mieux à la patiente par la suite: Qui est cette femme ? Quel est son état de santé, celui de sa famille ? Que s'est-il passé dans sa vie et depuis le début de sa grossesse ?

Exemple avec l'une d'entre elle qui reçoit pour la première fois une patiente dans son cabinet: « *C'est la première fois que l'on se rencontre ?* » « *Oui c'est cela* » « *Aujourd'hui, on va ouvrir ensemble votre dossier. Je vais vous demander votre nom et prénom ?* » « *Pauline...* » « *Un téléphone ?* » « *06* » « *Votre*

profession ? » « Directrice de thalassothérapie » {...} « Des allergies ? » « Je fais de l'eczéma, depuis que je suis petite mais rien de grave » « D'autres soucis de santé ? » etc.

Un interrogatoire qui peut paraître très administratif et très médical mais essentiel à la sage-femme, qui à l'opposé du médecin traitant n'a souvent aucune connaissance de l'historique personnel et médical de sa patiente. Elle passe par tous les antécédents, le poids/ la taille, le sport et y intègre la famille, le conjoint, etc.

Cependant, pour 29 questions, la patiente délivre en moyenne 38 informations ce qui veut donc dire qu'elle ne se contente pas strictement de répondre aux questions posées mais se livre aussi sur bien d'autres de ses préoccupations et de ses inquiétudes. Exemple avec l'une d'entre elle : *« Votre bébé bouge bien ? » « Oui beaucoup, je me repose la journée car la nuit il me réveille puis j'ai pas mal de contractions aussi, plus d'une dizaine par jour si je suis très active. »* Les informations fournies par la sage-femme augmentent également dans le même sens: plus la patiente s'exprime, plus la sage-femme est là pour lui répondre et la conseiller.

Les thèmes abordés

En lien avec les nombreux échanges qui décrivent ces introductions, nous avons donc cherché à savoir quels étaient les différents thèmes abordés.

Tableau 9: Nombre de fois où les différents thèmes ont été abordés lors de l'introduction.

Thèmes	« somatique »	« psychologique»	« environnemental »
Nombre	41	4	13

Conformément aux résultats exprimés juste avant, l'interrogatoire médico-obstétrical représente la plus large part de cette introduction, d'où les 41 fois en moyenne où le thème somatique est abordé en introduction. Il est principalement à l'origine de l'allongement du temps de consultation et du nombre d'échanges lors de la constitution du dossier.

Les thèmes psychologique et environnemental sont respectivement 10 et 4 fois moins abordés. En moyenne, la psychologie de la patiente n'est retrouvée que dans 4 questions ou informations délivrées et ne fait pas varier significativement la durée de l'introduction. En revanche, le thème environnemental relatif à la famille, l'arrivée de bébé, le quotidien est abordé lors de chaque consultation. C'est le deuxième facteur de variation de durée de consultation et du nombre de questions posées par les patientes.

Aucune différence ne nous est apparue entre les différents cabinets aux sujets de la durée, des échanges et des thèmes globaux abordés. Toutes semblent suivre le même schéma: poser un interrogatoire médical complet permettant de connaître la patiente et lui laisser libre écoute afin qu'elle puisse se livrer sur le vécu de sa grossesse.

Tableau 10: Sujets abordés en introduction, en fonction des cabinets et classés par ordre décroissant.

	Cabinet « urbain »	Cabinet « péri-urbain »	Cabinet « rural »
Bébé	53 %	83 %	23 %
Sommeil	47 %	17 %	69 %
Changement corporel	29 %	67 %	15 %
Alimentation	47 %	17 %	31 %
Douleurs	12 %	33 %	46 %
Travail	47 %		31 %
Famille	53 %		23 %
Conseils	6 %	50%	31 %
Constitution du dossier	18 %	17 %	7 %
Couple	35 %		7 %
Sport	6 %	17%	15 %
PNP	29 %		7 %
Traitement	6 %		23 %
Documents administratifs	47 %		15 %
Ressources	24 %		
Médecine Parallèle	6 %		7 %
Pathologies	6 %		7 %

Parmi les thèmes les plus fréquemment abordés on retrouve principalement le futur bébé mais aussi l'alimentation, le sommeil, le travail et la famille. Ces sujets varient bien évidemment en fonction des sages-femmes mais aussi des différentes patientes rencontrées.

Chaque sage-femme délivre des renseignements et des conseils propres à ses valeurs. En zone « rurale », la sage-femme attache une grande importance aux conseils alimentaires (d'où les 47% des consultations où ce thème a été abordé). Elle prend toujours un moment au cours de la grossesse pour parler alimentation, en lien direct selon elle avec le bien-être du corps: « *Je ne vous ai pas parlé de l'alimentation à vous ?* » « *Euh non ! Hormis pour la toxoplasmose et la...je ne sais plus.* » « *La listériose mais on a jamais fait de point sur l'équilibre alimentaire ensemble alors. Je vais vous donner une feuille. Dans la première colonne j'ai regroupé tous les aliments sains et à conserver: huile d'olive, de colza, les poissons gras, les œufs, les viandes blanches, ect et dans l'autre ceux à éviter: toutes les huiles saturées, les produits laitiers au lait de vache, très mauvais lorsqu'on à un terrain digestif plutôt acide. Au goûter on préférera les noix, les amandes, les noisettes et on privilégie les fibres des fruits et des légumes pour un bon transit intestinal.* »

De plus, où que l'on se trouve, toutes les sages-femmes n'hésitent pas à se mettre en scène, si la patiente se plaint d'une douleur dorsale, d'un pantalon inconfortable, chacune y va de ses bons conseils pour la soulager: « *J'ai beaucoup pris je crois et mes vêtements commencent à être trop petits et trop serrés, ce n'est pas très confortable toute la journée.* » « *Il faudrait essayer de vous trouver des vêtements plus sportifs, plus amples. Sinon dans un premier temps pour les jeans, car cela coûte assez cher (La sage-femme se met debout), vous pouvez mettre un élastique comme cela faire un lien avec le trou et l'attaché au bouton. Ça tiens relativement bien et on ne voit rien avec un tee-shirt ample au dessus.* »

En « centre-ville », lors de l'une de ses consultations, une sage-femme a montré au sol des exercices avec un

ballon. « Vous avez des oedèmes ? » « Oui sur les jambes pas mal, du coup je m'allonge, les jambes surélevées pour que ça diminue mais j'ai assez mal au dos allongée. » « Je vais chercher un ballon, je vais vous montrer des positions et des étirements » (La sage-femme se place à genoux au sol et s'allonge sur le ballon) « Ça c'est une position confortable qui étire tout le bas du dos et ça peu s'accompagner de petits massages lombaires. Venez essayer pour voir » (La patiente essaye au sol puis sur le divan, allongée, le ballon sous les mollets) « Ça c'est un bon exercice pour vos jambes, vous pouvez mettre des coussins à la place du ballon mais le ballon permet de basculer le bassin de chaque côté et de soulager aussi le dos. »

Les sages-femmes libérales accordent une grande importance au confort et au bien-être pendant la grossesse. Le fait qu'elles pratiquent la préparation à la naissance leur permet également de délivrer des précieux conseils aux patientes avant qu'elles ne débutent les séances.

Ces échanges, ces différentes situations entre la patiente et sa sage-femme, la place laissée à la parole et à l'affectif, les sujets de conversations des patientes lorsqu'elle s'adressent à leur sage-femme sont autant d'éléments qui nous amènent à penser que la relation entre elles dépasse le cadre « habituel » d'une relation soignant-soigné. Les patientes osent parler de tout à leur sage-femme, qui s'exprime parfois elle aussi tel que le ferait une simple amie. Exemple avec une des sages-femmes: « Comment va Adèle ? » « Très bien, elle a eu la varicelle récemment c'est pour ça que je vous ai envoyé un sms pour savoir si je risquais quelque chose mais sinon depuis tout va bien ! Et vous vos vacances ? » « Oui, un véritable périple avec les enfants mais c'était très sympa. »

Au delà du médical, une discussion telle que le feraient deux amies avait souvent lieu, mêlant aussi bien les problèmes de santé que la sexualité, la relation avec la famille, les enfants, le couple... Exemple chez l'une d'entre elle: « Je prends des médicaments pour dormir et du coup je culpabilise un peu. » « C'est normal de vouloir dormir et c'est même vital. Ne culpabilisez pas, on va voir si on ne peut pas trouver une solution alternative aux médicaments. Il y a autre chose qui l'explique ? » « Je travaille beaucoup à l'hôpital et avec les trajets j'ai peu de temps chez moi et je ne vois pas beaucoup ma fille. Ça me fait très mal, en temps que maman c'est très difficile à vivre. » (Pleurs) « Je peux comprendre vos angoisses, ce n'est pas facile en tant que maman surtout si vous ne trouvez pas non plus votre place au travail. Essayez d'en parler avec votre supérieur et de garder une journée rien qu'avec votre fille dans la semaine, rien que toute les deux, ça vous ferait beaucoup de bien je pense. »

Bien que remarqué dans chacun des cabinets, ce lien avec les enfants, le couple, la sexualité est plus marqué en « centre-ville ». Les patientes qui le fréquentent ont besoin d'être organisées et d'avoir des réponses concrètes pour vivre au mieux leur grossesse et préparer l'arrivée de cet enfant.

Le temps d'examen clinique⁵⁷

Une fois l'interrogatoire médical terminé, la sage-femme invite sa patiente à s'installer sur le divan pour procéder à l'examen clinique. Comme nous avons pu le décrire auparavant, les tables d'examens des sages-femmes ne ressemblent pas souvent aux tables médicales classiques. Les sages-femmes libérales souhaitent donner à ce moment un côté agréable. Etant très attachées à la notion de confort et de bien-être, il est pour elles indispensable que la patiente se sente bien installée. Lors de l'examen, certaines restent debout ou à

⁵⁷ Ce temps d'examen clinique s'inscrit, dans les recommandations de l'HAS énoncées auparavant dans la partie du le suivi prénatal règlementé français.

genoux au coté de leur patiente mais plus fréquemment, elles s'assoient elles aussi sur le sofa. Les patientes ne se déshabillent que très rarement, bien souvent seul le ventre est exposé. Les sages-femmes proposent parfois aux patientes de décider de l'ordre de l'examen clinique: « *On commence par écouter bébé ?* » ou bien « *Vous préférez commencer par le frottis et le reste ensuite, ou l'inverse ?* » ôte ce coté un peu systématique et ritualisé de l'examen. Nous nous sommes ensuite intéressés aux différentes caractéristiques de ce moment d'examen.

La durée

Tableau 11: Pourcentage de consultations en fonction de la durée de l'examen clinique

Durée en minutes	Fréquence
Moins de 6 minutes	19 %
De 6 à moins de 11 minutes	63 %
11 minutes et plus	16 %
Total	100 %

Le temps d'examen est la séquence la plus courte de la consultation, en moyenne 8 minutes sont accordées à la patiente. L'examen le plus long a duré 17 minutes, devant une patiente inquiète mais très tôt dans sa grossesse, la sage-femme a passé du temps à chercher les bruits du cœur (BDC) au sonicaïd puis au monitoring. Enfin, majoritairement, les examens les plus courts étaient ceux de début de grossesse, là où la patiente ne s'est pas installée sur le divan. Cette séquence étant plus courte, les actes et les échanges seraient alors moins nombreux ?

Les échanges

Tableau 12 : Nombre moyen d'informations et de questions posées par la SFL et la patiente en fonction de la durée de l'examen clinique.

	Questions SFL	Questions Patiente	Informations SFL	Informations Patiente
< 6 mn	4	0,6	8	5
6 à 11 mn	5	2	12	8
>11 mn	1	3	15	4

Ce temps d'examen étant plus court, la plupart du temps les sages-femmes posent moins de questions. L'interrogatoire médical étant presque terminé, il s'agit plus fréquemment de questions concernant les contractions utérines, les pertes vaginales, les signes fonctionnels d'hypertension artérielle, etc. Elles ne délivrent également que peu d'informations. La majorité servant à rassurer les patientes lors de l'écoute des bruits du cœur ou lors de la prise de tension artérielle: « *11/6, c'est parfait, vous êtes en pleine forme* » et les sages-femmes tentent de donner des petits conseils pour bien se positionner, s'étirer, souffler, se détendre... Une fois encore, les patientes posent très peu de questions: une en moyenne. Le maximum étant retrouvé chez les primipares, plus curieuses quant au déroulement de la grossesse: « *Comment on reconnaît les contractions ?* » « *Elles sont fréquentes ?* » « *Ce sont ses pieds que je sens par là ?* » « *Combien de temps son cœur bat si vite ?* ».

Les primipares cherchent des réponses à ces nouvelles sensations, tandis que les multipares comparent leurs

différentes grossesses, cherchant à éviter certains événements qu'elles ont déjà connu ou à les améliorer: « *Ma tension est bien ?* » « *Que pensez vous des massages du périnée ? Quand est-ce qu'on peut commencer ?* » « *Ma nouvelle crainte s'est qu'il soit trop bas. Là ça va il ne l'est pas trop ?* » « *Il y a plus de place quand c'est un deuxième bébé ?* » Les sages-femmes libérales doivent donc s'adapter et prendre le temps nécessaire à chacune pour répondre à ses interrogations.

Enfin, les patientes délivrent moins d'informations, moins de questions équivaut à moins de réponses. Cette séquence étant plus courte et les patientes se confiant déjà beaucoup en introduction, les échanges sont moins nombreux.

Nous avons cherché à savoir si cela dépendait également de d'autres facteurs. Pour ce qui est du terme, il ne semble pas intervenir de façon prépondérante dans les échanges. Les sages-femmes délivrent un peu plus d'informations en début de grossesse afin de rassurer les patientes: notamment concernant les bruits du cœur, la tension, les contractions... Les multipares connaissent le suivi, moins inquiet, elles posent peu de questions propres à la grossesse et leurs sujets de conversation pendant l'examen concernent plus souvent l'entourage, la famille, le quotidien.

Les actes réalisés

Tableau 13: Actes médicaux et fréquence à laquelle ils sont réalisés en consultation.

Mesure de la tension artérielle	97 %
Palpation utérine	92 %
Ecoute des bruits du cœur foetal	83 %
Pesée	72 %
Mesure de la hauteur utérine	50 %
Examen des jambes	22 %
Toucher vaginal	17 %
Examen des seins	6 %
Frottis cervico-utérin	3 %

Il y a deux examens presque toujours pratiqués: la mesure de la tension artérielle et la palpation utérine. Deux autres sont très courants : l'écoute des BDC et la pesée, mais ensuite cela est très variable (examen des jambes, HU, etc.). Conformément aux recommandations, les examens obligatoires et recommandés ont tous été réalisés. Les sages-femmes accordent cependant beaucoup de place à certains actes: la mesure de la hauteur utérine, l'écoute des bruits du cœur, la palpation utérine qui sont réalisés lors de quasiment toutes les consultations même celles concernant un autre motif que le suivi mensuel de la grossesse. Les médecins n'y accordent pas autant d'importance car ils ne les ont réalisé que trente fois sur une centaine de consultations de femmes enceintes (parmi les consultations programmées et celles pour autre motif).

La palpation de l'utérus commence l'examen mais en est également un temps fort. La sage-femme libérale attache de l'importance à ces sensations de mouvement, de tensions, de formes et invite la patiente à l'accompagner dans ses perceptions. Exemple de l'une d'entre elle: « *Je sens des petites tensions dans le bas de votre ventre qui s'apparentent à de petites contractions. Venez mettre vos mains pour sentir.* » (Elle appose les mains de la patiente sous les siennes) « *Vous pouvez faire des petits mouvements de bascule,*

très légers, de chaque côté, pour détendre les tissus ou de cercles comme cela. »

Certaines patientes dont la vie professionnelle et familiale n'est pas facile ont besoin de se recentrer sur leur futur bébé, de lui montrer qu'il est attendu : *« Vous pouvez prendre du temps comme ça chez vous pour le toucher, lui montrer votre présence et écouter ses petits mouvements. »* Le toucher est une manière de prendre conscience de sa grossesse quand les mouvements se font attendre : *« Allongez-vous, installez vous bien et vous allez venir placer vos mains de chaque côté, comme ceci. Les mouvements peuvent prendre du temps, parlez lui, caressez votre ventre et posez vous un moment. Dites lui que vous l'aimez, que vous l'attendez. »* Une palpation douce est importante pour que la patiente se coupe de son quotidien de femme active et se pose avec son enfant pour l'écouter, le sentir et se préparer à l'accueillir.

La plupart du temps, les sages-femmes poursuivent leur examen par la mesure de la hauteur utérine et l'écoute des bruits du cœur fœtal. Une fois ces bruits du cœur perçus, elles l'accueillent d'une voix toute douce : *« Bonjour bébé »*. Toutes restent assez longtemps à l'écouter et demandent à la patiente : *« Vous l'avez bien entendu ? »* avant de retirer l'appareil. C'est un moment très attendu par les patientes que d'entendre leur enfant. Elles se rassurent de sa santé, de son bien-être et prennent conscience de sa vie. Les sages-femmes terminent souvent cette écoute par : *« Tout va très bien », « Il est en pleine forme cet enfant »* afin de tranquilliser la patiente.

L'examen se poursuit par la prise de la tension artérielle. En revanche, l'examen des seins et des jambes sont rares, respectivement réalisés lors de 6% et 22% des examens cliniques. La sage-femme pose la question à sa patiente aux sujets des oedèmes et des varices mais ne regarde ses jambes que si celle-ci se plaint de quelque chose. L'une d'entre elle pose ces questions tout en accompagnant ses gestes de caresses : *« Tu n'as pas mal à la tête »* apposant sa main sur le front de sa patiente *« Au niveau des jambes ça va aussi, pas de douleur ? »* tout en lui caressant les jambes. Cela lui confère un côté maternel, très protecteur, que les patientes apprécient. Le toucher vaginal n'est que très rarement pratiqué lui aussi. Il est majoritairement réalisé lorsque la patiente décrit des contractions ou souhaite elle-même un examen vaginal. De plus, les sages-femmes proposent cet examen après en avoir expliqué les raisons *« Je préférerais vous examiner pour être rassurée en vue des contractions que vous me décrivez, vous êtes d'accord ? »*. Cet examen ne doit, pour elles, pas être réalisé de façon systématique. Rappelons que la HAS affirme elle aussi que l'examen du bassin et le toucher vaginal systématique ne sont pas recommandés.⁵⁸ Les rares fois où nous l'avons vu pratiqué, la pudeur de la patiente et le respect de son intimité étaient très importants. En « centre-ville », aucune patiente ne s'est retrouvée nue, les sages-femmes prenaient le soin de la couvrir d'un paréo. Toutes utilisent une huile de massage pour périnée ou un gel spécifique lors de leurs examens afin de les rendre le moins désagréables et difficiles pour la patiente. Enfin, la séquence se termine souvent par la pesée.

De temps en temps, les patientes se plaignent de problèmes de peau ou de leur toux. Elles s'adressent à leur sage-femme comme à leur médecin, en oubliant le fait que ce dernier est le mieux placé pour répondre à certaines questions. Le fait de venir tous les mois, d'avoir de nombreux conseils et un temps d'écoute adapté à leurs attentes leur fait peut être oublier que la sage-femme n'a pas réponses à toutes leurs questions ?

Les sages-femmes se contentent dans ce cas de donner des petites astuces comme le ferait une mère et les réorientent vers un médecin.

⁵⁸ Cette affirmation s'appuie sur les résultats d'une revue de la littérature publiée par la Cochrane Library en 1999. Pattison N, McCowan L. Cardiotocography for antepartum fetal assessment. Cochrane Database Syst Rev 1999;(Issue 1).

Selon le terme de grossesse, les examens varient et peuvent parfois prendre plus de temps. Avant le 4^{ème} mois, les bruits du cœur sont difficiles à percevoir. En fin de grossesse, c'est aux alentours du 6^{ème} et 7^{ème} mois que les touchers vaginaux sont réalisés pour s'assurer de l'absence de modifications cervicales. Les actes effectués lors de l'examen clinique représentent la plus large part de cette séquence. Les échanges étant moins nombreux nous sommes tout de même intéressées aux différents thèmes abordés par les patientes et les sages-femmes: sont-ils différents de l'introduction ?

Les thèmes abordés

Tableau 14: Nombre de fois où les différents thèmes ont été abordés lors de l'examen clinique

Thèmes	« somatique »	« psychologique »	« environnemental »
Nombre	20	1	2

Tableau 15: Sujets abordés durant l'examen, en fonction des cabinets et classés par ordre décroissant

	Cabinet « urbain »	Cabinet « péri-urbain »	Cabinet « rural »
Bébé	94 %	83 %	46 %
Changement corporel	41 %	67 %	46 %
Conseils	24 %	50 %	15 %
Sommeil	18 %	17 %	23 %
Alimentation	24 %	17 %	15 %
Douleurs	11 %	23 %	15 %
Travail	6 %		23 %
Couple	18 %		8 %
Sport		16 %	8 %
Traitement	6 %		15 %
PNP	12 %		8 %
Ressources	18 %		
Pathologies			15 %
Famille	12 %		
Médecine Parallèle			8 %
Documents administratifs			8 %

Les échanges étant moins nombreux, les thèmes abordés le sont bien évidemment aussi. On remarque que ce temps d'examen est plus propice aux échanges relatifs au futur bébé et au corps de la patiente qu'à son environnement familial ou à son état d'esprit. Cette séquence est un moment où les patientes parlent de certains soucis faisant surtout rapport au corps. Parmi les thèmes les plus fréquemment abordés, on trouve le changement corporel: le ventre qui s'arrondit, le prise de poids. Ce rapport au physique est retrouvé dans

chacun des cabinets, toutes les patientes semblent vigilantes à ces transformations corporelles et à leurs incidences dans nos sociétés actuelles. Le bébé est bien souvent lui aussi au centre de la conversation: la place qu'il occupe, ses mouvements, son cœur, etc.

La sage-femme libérale adapte son examen clinique en fonction des recommandations qui lui sont imposées mais surtout aux attentes et ressentis de leur patiente. Elle répond ainsi très bien au suivi personnalisé que les femmes recherchent, dans un cadre rassurant « *comme à la maison* » tout en conservant la sécurité et l'avantage d'un suivi par un professionnel spécialisé dans la grossesse.

Le temps de conclusion

Après ce moment d'examen clinique, les sages-femmes et leurs patientes retournent s'asseoir autour du bureau afin de terminer la consultation. Elles prennent le temps de réaliser les prescriptions nécessaires: bilans sanguins, médicaments. Elles s'occupent du règlement de la consultation et planifient les autres rendez-vous mais parfois ce temps de conclusion ouvre aussi sur d'autres sujets de conversations.

La durée

Tableau 16: Pourcentage de consultations en fonction de la durée de la conclusion

Durée en minutes	Fréquence
Moins de 7 minutes	25 %
De 7 à moins de 12 minutes	27 %
12 minutes et plus	47 %
Total	100 %

Ce temps de conclusion dure 12 minutes en moyenne, le temps de reprendre avec la patiente les points essentiels de la consultation.

La sage-femme du milieu « rural » prend le plus de temps en fin de consultation, dans dix sur treize de ces consultations ce moment a duré plus de 12 minutes. Elle réalise les prescriptions nécessaires, comme les autres, mais parle aussi beaucoup de la PNP. Réalisant elle même la PNP de toutes ses patientes, à la différence des sages-femmes du « centre-ville », elle prend le temps de leur proposer certains cours en lien avec leurs besoins, éventuellement découvert lors de la consultation, et en profite également pour planifier les autres rendez-vous de suivi. Exemple lors d'un premier rendez-vous : « *On va prendre un petit temps pour parler de la préparation à la naissance. Moi pour un premier comme pour un deuxième enfant, je prend le temps d'aborder l'accouchement: les positions, les motifs de consultations, ce qui peut aider à se relaxer pendant l'accouchement et un petit travail sur la poussée. Je propose aussi une séance sur l'allaitement maternel si ça vous intéresse ? {...} Je travaille également sur les peurs en séance individuelle, c'est un accompagnement psychique qui essaye de retracer le fil de l'histoire personnelle et ses liens avec ce que l'on vit aujourd'hui. Sur le principe cela vous plait ? {...} Je vais noter ce qui vous plait et on planifiera une première séance ensemble. Papa est le bienvenu mais je fais souvent une séance à la fin spécialement pour eux.* » En « centre-ville » comme en milieu « péri-urbain », les conclusions n'excèdent que très rarement 12 minutes (deux fois en centre-ville contre une seule en milieu péri-urbain). Cependant, cela est expliqué par le fait que ces dernières passent parfois un peu plus de temps à discuter lors de leur introduction, notamment sur la famille, le quotidien et les projets autour de la naissance.

En termes de poids sur l'ensemble de la consultation, la conclusion représente 34% en moyenne, ce qui n'est le cas pour toutes les sages-femmes. En milieu « rural » plus de la moitié des conclusions représente 50% du temps de consultation. En « centre-ville », cela dépend des sages-femmes. Le temps de conclusion de la sage-femme dont les consultations sont plus courtes est en moyenne de 20%. Pour ses collègues et les sages-femmes du milieu « péri-urbain » cela varie de 25 à 50%, tout dépend des sujets abordés et des échanges.

Les échanges

Tableau 17: Nombre moyen d'informations et de questions posées par la SFL et la patiente en fonction de la durée de l'examen clinique.

	Questions SFL	Questions Patiente	Informations SFL	Informations Patiente
< 7 mn	4	1	5	11
7 à 12 mn	4	1,5	10	9
> 12 mn	8	3	17	16

Les sages-femmes utilisent souvent une question ouverte pour clôturer leur rendez-vous : « *Il y a autre chose qui vous tracasse ?* » ou « *Y-a t'il autre chose dont vous vouliez me parler ?* ». Cela laisse la porte ouverte aux patientes afin qu'elles osent parler d'un sujet qui n'aurait pas été abordé. Toutes prennent le temps nécessaire pour répondre et rassurer au mieux leurs patientes sans essayer d'écourter réellement la conversation. L'important est que la patiente ait les outils et les ressources nécessaires pour résoudre ses difficultés et vivre au mieux, de façon plus épanouie cette grossesse.

Les sages-femmes posent en moyenne 5 questions. Les questions les plus fréquentes sont : « *A quelle date est le prochain rendez-vous ?* » « *La prochaine prise de sang est quand ?* » « *Et pour la préparation à la naissance vous souhaitez quoi ?* ». Les patientes quant à elle posent un peu plus de questions, deux en moyenne, en fin de consultation que lors de l'introduction ou l'examen clinique. Ces dernières se sentent peut-être plus à l'aise pour demander réponses à leurs dernières questions ? La place qui leur est accordée les met certainement plus en confiance et se sentant écouter elles se livrent plus facilement sur leurs inquiétudes et leurs besoins. Il s'agit tout de même majoritairement de questions d'ordre pratique: les horaires des prochains rendez-vous, l'alimentation, le début de la PNP, la carte vitale. Celles qui en ont posées le plus sont toutes des patientes travaillant dans le milieu médical (interne en médecine, infirmière, aide-soignante) ou dans le domaine du droit (avocate, juriste). Ces dernières demandent plus de précisions sur leurs bilans sanguins et sur l'organisation de leur suivi : « *La numération était bonne ?* », « *Mon taux de fer ça va ?* », « *Je dois faire l'hépatite B ce mois-ci en plus il me semble* » « *La première séance de PNP serait préférable ce mois-ci, non ?* » Ces femmes sont dans le contrôle de leur vie professionnelle comme dans leur quotidien, cela ne paraît donc pas étonnant qu'elles posent plus de questions logistiques autour de leur grossesse. En revanche, la parité et le terme de la grossesse ne semblent pas avoir d'impact sur les interrogations des femmes.

Concernant les informations délivrées par les sages-femmes, elles sont en moyenne de 12, comme lors de l'introduction. Il s'agit principalement de renseignements sur les prescriptions médicamenteuses et les bilans sanguins, les séances de PNP, la programmation des prochains rendez-vous, etc. Le nombre augmente une fois de plus quand les patientes posent des questions plus personnelles: le matériel de puériculture à utiliser, les peurs quant au sexe de leur futur enfant, leur vie de couple, etc. Globalement, les patientes parlent un peu moins en fin qu'en début de consultation mais ce ratio est facilement multiplié par trois lorsque les patientes

se confient sur leur ressenti. Exemple avec l'une d'entre elle: « *Pour l'accueil du bébé, ça va je me sent prête mais après mon congès l'autre jour, je pleurais. Ma demande de logement est toujours en attente, les finances pas toujours au beau fixe avec la création de l'entreprise, ça me stresse un peu. Enfin, certaines choses m'angoissaient vraiment avant mais maintenant je m'en fiche, le plus important c'est mon bébé.* » Des inquiétudes très différentes d'une patiente à l'autre: « *Je n'ai pas mal aux seins, tout le monde dit qu'on a mal aux seins enceinte et du coup je m'inquiète de le perdre. Avec mes antécédents, j'ai peur de la malformation, de l'hémorragie. Je suis plutôt du genre optimiste mais mon mari moins, plus on avance mieux c'est mais c'est tout de même pas si simple.* »

Les échanges ayant lieu en fin de consultation sont plus variés. C'est le moment où tous les sujets n'ayant pas encore été abordés et qui tiennent à cœur à chacune des femmes sont évoqués.

Les thèmes abordés

Tableau 18: Nombre de fois où les différents thèmes ont été abordés lors de la conclusion

Thèmes	« somatique »	« psychologique»	« environnemental »
Nombre	15	3	14

Le thème faisant référence à l'environnement est aussi important que le thème somatique: les informations données concernant les bilans sanguins et les médicaments sont aussi importantes que celles concernant les documents administratifs, les rendez-vous, etc. Le thème psychologique est moins abordé en fin de consultation, bien que certaines sages-femmes aient pris le temps de répondre aux dernières inquiétudes de leur patiente.

Tableau 19: Sujets abordés en conclusion, en fonction des cabinets et classés par ordre décroissant

	Cabinet « urbain »	Cabinet « péri-urbain »	Cabinet « rural »
Explication des prescriptions	64 %	100 %	85 %
Planification des RDV	82 %	67%	69 %
PNP	53 %	33 %	69 %
Documents administratifs	65 %	50 %	31 %
Sommeil	6 %	17 %	46 %
Alimentation	18 %	17 %	31 %
Traitement	24 %	17 %	15 %
Famille	24 %	17 %	15 %
Couple	6 %	23 %	23 %
Bébé	18 %		23 %
Sport	6 %	17 %	8 %
Travail	12 %		15 %
Conseils	6 %	17 %	
Douleurs			23 %
Ressources	12%		8 %
Changement corporel	6 %		8 %
Pathologies			8 %

La préparation à la naissance est un des sujets les plus abordés en conclusion et allonge facilement la discussion. Beaucoup de place est accordée à la constitution d'un projet de naissance qui correspond à chaque patiente, notamment chez les sages-femmes du « centre-ville ». Exemple avec l'une d'entre elle: « *Qu'est ce qui te ferais plaisir pour cette grossesse et le jour de ton accouchement tu envisages ça comment actuellement ?* » « *Je ne sais pas trop, étant de nature un peu stressée, j'envisagerais bien quelque chose de relaxant et où mon conjoint sera aussi très investi* » « *L'haptonomie serait un bon compromis pour toi, puis tu peux essayer en plus le yoga si cela te tente. Pour la naissance, on prendra le temps avec ton mari de voir ce dont vous avez envie.* »

D'autres vont aborder plus facilement leur vie privée, leur couple, et leurs angoisses ce qui augmente rapidement le temps d'échange d'une dizaine de minutes. Exemple avec une des sages-femmes du « centre-ville » qui a pris 30 minutes pour l'une de ses patientes qui a abordé sa relation de couple au dernier moment : « *Je sens mon bébé très bas et ça joue sur ma libido, mon mari ne comprend pas, c'est un peu conflictuel. Je suis fatiguée, crispée. C'est normal ?* » « *Oui, où est l'urgence ? On ne doit pas se forcer, du moins je ne pense pas. Il y a des moments dans la vie où la sexualité évolue, il n'y a pas de normalité, c'est variable durant toute la vie et pendant une grossesse. Dites lui que vous n'en ressentez pas l'envie mais que vous avez plaisir à être avec lui. Vous avez lu des livres ?* » « *Non.* » « *Je vais y réfléchir pour vous et voir ce que j'ai à vous proposer en lecture.* » Ces sujets de conversations du domaine de l'intime ou de la vie privée sont beaucoup plus fréquemment abordés par les femmes du « centre-ville ». Les traits de caractère et la personnalité de ces femmes semblent en lien avec le fait qu'elles osent plus facilement se confier et avoir une solution à toutes leurs inquiétudes.

Ce qui nous a également marqué lors de ces observations, c'est que les sages-femmes libérales prennent le

temps de savoir si la patiente a bien compris tout ce qui se passe autour d'elle et pour elle, lors de sa grossesse. Elles expliquent les bilans sanguins et les traitements qu'elles ont éventuellement prescrits, à quoi ils servent, pourquoi ils sont réalisés, etc. : « *Je vous ai prescrit de la vitamine D, c'est pour le favoriser la croissance du squelette du fœtus* » ou bien « *L'acide folique en tout début de grossesse sert à prévenir les malformations au niveau du dos et notamment de la moelle épinière.* »

Les prescriptions et les conseils

Les médicaments

Les sages-femmes libérales prescrivent peu de médicaments. La moyenne des nos observations s'élève à peine à un produit ou traitement prescrit par consultation (la moyenne étant de 0,8) et vingt et une consultations ont fait l'objet d'aucune prescription. Il s'agit principalement de compléments alimentaires naturels, de produits homéopathiques mais aussi des traitements recommandés par l'HAS en cours de grossesse: le fer au 6^{ème} mois en cas d'anémie, la vitamine D au 7^{ème} mois. Les traitements spécifiques: antidouleurs pour les maux de dos, le magnésium pour les crampes ou les antifongiques pour les mycoses sont rarement prescrits par les sages-femmes (seulement trois consultations ont fait l'objet d'une de ces prescriptions). Le fait que les sages-femmes libérales ne prescrivent que très peu est en lien avec le fait que leur patientèle comprend des femmes menant une grossesse physiologique. Dès lors que celle-ci devient pathologique (pouvant alors faire l'objet d'un traitement spécifique), les sages-femmes se doivent d'orienter leur patiente vers un médecin.

On observe des différences de prescriptions entre les sept sages-femmes. En milieu « rural », les prescriptions sont les plus nombreuses (neuf consultations sur treize) mais ne concernent jamais de traitements médicamenteux. La sage-femme prescrit beaucoup mais uniquement des produits naturels: des compléments alimentaires, des acides gras essentiels, des vitamines et des formules homéopathiques pour soulager les petits maux de la grossesse. Elle ne prescrit pas de fer qu'à partir 6^{ème} mois ou la vitamine D qu'au 7^{ème} mois, pour elle c'est un entretien tout au long de la grossesse qui est nécessaire: apporter progressivement au fœtus tout ce dont il a besoin pour se développer et grandir naturellement en favorisant l'équilibre du corps de la mère. En milieu « péri-urbain », les patientes, d'origine et de culture différente, ne sont pas toutes réceptives au fait de prendre quelque chose pendant la grossesse: pour elles, la grossesse suffit à elle même. Les prescriptions sont donc peu nombreuses et plus souvent homéopathiques (deux consultations sur six). Enfin en « centre-ville », les prescriptions ont été le moins nombreuses: quatre consultations sur les dix-sept réalisées au cabinet ont fait l'objet de prescriptions. Chacune d'entre elles concernaient uniquement un traitement recommandé par l'HAS: fer au 6^{ème} mois si besoin, vitamines D au 7^{ème} mois ou un traitement symptomatique (ex magnésium). Cela n'a rien d'étonnant quand on connaît l'organisation et la rigueur de travail de ces cinq sages-femmes, qui doivent également faire face à des patientes parfois plus exigeantes et pour qui chaque prescription doit avoir un sens.

Les sages-femmes de notre étude semblent donc avoir peu d'intérêt à prescrire des médicaments, ce qui trouve son sens lorsque l'on sait que la majorité de leurs patientes se portent très bien. Cependant, l'homéopathie et les produits naturels semblent être les produits phares de la sage-femme libérale: « *Traiter, le plus naturellement et simplement possible* » les petits maux de la grossesse sans rendre le suivi trop « médicalisé »

Les examens biologiques

Au cours du suivi mensuel de la grossesse, il est recommandé de réaliser des prélèvements sanguins et

urinaires réguliers.

Toutes les sages-femmes libérales prescrivent en moyenne entre 2 et 3 bilans biologiques lors de chaque consultation. Chaque mois une sérologie de toxoplasmose (pour les patientes non immunisées) et la recherche d'albuminurie et de glycosurie sont prescrites par les sages-femmes. Seules trois consultations se sont déroulées sans ces prescriptions, s'agissant de patientes immunisées contre la toxoplasmose ou de consultations supplémentaires au suivi mensuel. De plus, les autres examens sanguins recommandés par la HAS en cours de grossesse ont tous été prescrits: les marqueurs sériques, la recherche de rubéole, de HIV et une glycémie à jeun si nécessaire au 1^{er} trimestre, une numération formule sanguine, une recherche d'hépatite B, C, la recherche d'agglutinines irrégulières, etc. Exceptionnellement d'autres examens ont été réalisés: sérologie CMV en vue des risques encourus pour le fœtus chez une patiente dont l'ainé venait de contracter le virus et un bilan hépatique chez une patiente infirmière très inquiète d'une éventuelle cholestase mais ne présentant aucun signe clinique.

Les sages-femmes libérales répondent donc bien aux recommandations de l'HAS quant aux examens obligatoires et recommandés en cours de grossesse. Seule la prescription d'un bilan hépatique pour une patiente du « centre-ville » était à visée rassurante plus que médicale et fait exception à la règle. Cela confirme une fois de plus nos observations quant à la population des sages-femmes libérales: des femmes de catégories sociales supérieures ayant certaines exigences quant au suivi de leur grossesse.

Les prescriptions (médicaments et bilan sanguins) faites aux femmes enceintes par les sages-femmes libérales sont similaires à la moyenne des médecins généralistes.

Les avis

Les sages-femmes libérales n'ont demandé aucun avis lors de la plupart de nos consultations: trente consultations sur trente-six. Elles suivent généralement leurs patientes du début de la grossesse jusqu'au 7^{ème} mois sans les orienter vers d'autres professionnels de santé. Ce sont plus régulièrement les arrêts de travail que les sages-femmes ne sont pas habilitées à faire au delà de deux semaines, qui les amènent à orienter leurs patientes vers un médecin.

C'est seulement lors de deux consultations, que les sages-femmes ont orienté leur patiente vers un gynécologue-obstétricien afin d'avoir un avis sur la possibilité de suivi de ces grossesses. En zone « rurale » la sage-femme a souhaité que sa patiente consulte pour avoir des renseignements sur la prise d'un traitement anticonvulsif pendant la grossesse: « *Ce n'est pas un traitement anodin, je vous imprime la fiche du CRAT pour que vous puissiez la lire mais il serait intéressant de revoir la balance bénéfices/risques avec un médecin et lui vous orientera sûrement vers un neurologue pour ajuster le traitement.* »

En zone « péri-urbaine », un autre sage-femme a préféré demander l'avis d'un gynécologue-obstétricien au 5^{ème} mois en vue des antécédents de sa patiente: « *Votre grossesse est à la limite de ce qu'on appelle une grossesse physiologique, ce qui ne veut pas dire que je ne peux pas la suivre pour l'instant mais n'ayant pas vue de médecin en dehors de l'échographie, j'aimerais avoir son avis le mois prochain pour pouvoir poursuivre au mieux mon suivi avec vous.* » Sa rigueur de jeune sage-femme l'a amené à s'assurer que tout aille bien auprès d'un médecin afin qu'elle puisse continuer à suivre sa patiente convenablement. Enfin en « centre-ville », une patiente a été orienté vers d'autres spécialistes plus adaptés à ses besoins: un médecin généraliste pour ses problèmes de toux et un dermatologue pour une dermatose.

Deux de ces sages-femmes ont le plus longtemps exercé à l'hôpital et eu l'habitude de travailler en équipe avec des médecins, ce qui expliquerait sans doute pourquoi les deux femmes n'hésitent pas à se référer facilement à l'un d'entre eux. Cependant, les orientations vers un médecin ne concernent que trois des

consultations, ce qui montre que la majorité des sages-femmes s'en passent facilement. Les relations entre le médecin généraliste et la sage-femme sont moindres, beaucoup travaillent seules.

De plus, aucun courrier n'est rédigé par la sage-femme, pour le médecin généraliste ou le gynécologue-obstétricien. Un seul est rédigé en fin de suivi, au 7^{ème} mois le plus souvent. Il s'agit d'un récapitulatif du dossier de la patiente et de son suivi, destiné à l'hôpital qui prendra en charge l'accouchement.

Lorsque la sage-femme découvre un problème de santé ou une fragilité psychologique (ex HTA, col modifié, soucis familiaux etc.), elle revoit sa patiente lors d'une consultation supplémentaire (si l'urgence le permet) pour discuter, l'écouter, vérifier voir expliquer un éventuel diagnostic. Elle prend ce temps pour la patiente et pour elle-même avant de demander avis ou de l'adresser vers un médecin. Peut-être est ce différent avec les sages-femmes hospitalières disposant de toutes les ressources à proximité ?

Plus fréquemment que les demandes d'avis médicaux, les sages-femmes proposent à leurs patientes des consultations extérieures en lien avec le suivi de la grossesse: exemple avec la proposition de consultation avec une tabacologue pour une femme fumeuse ou la proposition de suivi psychologique chez une femme fragile, pour qui la sage-femme ne se sent pas suffisante pour l'aider à appréhender au mieux cette grossesse. Les autres professionnels de santé: ostéopathe, acupuncteur, etc. auxquels les sages-femmes libérales font beaucoup plus référence sont parfois présentés aux patientes en fin de consultation. Les sages-femmes sont plus ferventes de ces médecines parallèles et n'hésitent pas à en parler à leurs patientes: sept fois sur les trente-six consultations.

Les conseils

Dans les conseils donnés aux patientes par les sages-femmes libérales les sujets sont tellement nombreux que la liste ne peut être exhaustive. Cependant, le thème qui clôture souvent une consultation, quelque soit la sage-femme, est la PNP. La préparation du couple à l'accouchement et à l'accueil de cet enfant est largement abordé, ce qui n'est pas sans lien avec le fait que trente-trois patientes sur les trente-quatre rencontrées réalisent leur PNP au sein du cabinet de sage-femme qui suit la grossesse. Les sages-femmes en profitent donc pour conseiller telle ou telle séance en fonction de ce qu'elles ont repéré lors de la consultation: certaines envies, attentes, craintes, douleurs. Une patiente ayant des douleurs lombaires sera plutôt incitée à participer prochainement à une séance sur le positionnement afin d'améliorer son sommeil et ses douleurs. De même, une patiente qui montre une certaine angoisse sera invitée à participer aux séances de sophrologie ou de yoga.

Le sommeil, l'alimentation, le travail, la famille sont également les quatre domaines phares que l'on retrouve dans les conseils de ces sages-femmes. De plus, chacune y va de son petit conseil qui la caractérise. En zone « rurale », le « lâcher-prise, un temps pour soi, le ressenti » sont très importants. En zone « péri-urbaine », les sages-femmes conseillent beaucoup « l'ostéopathie, le massage » Enfin en « centre-ville » elles abordent plus fréquemment « la relation de couple, la sexualité et l'organisation de la maison pour l'arrivée de bébé. » En cohérence avec ce qu'elles sont, ces sept sages-femmes libérales délivrent un message adapté à chaque patiente en prenant le temps d'écouter et de cerner ce dont elle a réellement besoin.

Les sages-femmes se voient alors comme une unité autour de la mère et du père. Elles sont un peu le lien entre les différentes institutions et les différents professionnels de santé qui entourent les futurs parents. Celles-ci ont une polyvalence et une écoute. La future mère est souvent confrontée aux informations morcelées données par les spécialistes. Les sages-femmes deviennent alors un pôle et sont celles à qui on peut poser les bêtes questions, avec qui on ose, à qui on se confie, remplissant à la fois un rôle technique et psycho-affectif.⁵⁹

L'écoute et la prise en charge de l'affectif représentent une part importante de la relation. Chacune des consultations est adaptée à la patiente et dépend aussi de la sage-femme qui la réalise. De plus, le temps accordé à chacune des femmes est essentiel, celui-ci permet de créer cette relation de confiance. Au cours de ces consultations, les thèmes appréhendés sont nombreux: l'alimentation, la famille, etc. mais les sages-femmes mettent un point d'honneur sur la préparation à la naissance et à l'accueil de ce futur enfant. Quand on pense à une consultation de grossesse, on aurait tendance à imaginer un examen très médical avec interrogatoire précis, écoute des bruits du cœur, prise de tension artérielle, etc. Chez les sages-femmes libérales, ce côté médical du suivi est largement respecté mais celui-ci se diffère car la psychologie de chaque femme et l'environnement qui l'entoure sont pris en compte, ce qui renforce le choix des femmes vers ce type de suivi.

J. Cuche retrouvait dans son étude que les échanges avec les médecins généralistes étaient beaucoup moins nombreux que les sages-femmes (5 fois moins). Sur un temps de consultation limité, le thème somatique est le plus abordé lors des échanges. Les patientes se livrent beaucoup moins sur leur environnement familial et leur état d'esprit. Les sages-femmes, dans leur prise en charge, font constamment le lien entre l'émotionnel et le corps: par leur écoute et par leur accompagnement personnalisé (notamment lors des séances de préparation à la naissance). Cela leur confèrent alors un réel avantage auprès des femmes qui leur attribuent une place de choix dans le suivi et la prise en charge prénatal.

⁵⁹ FANIEL A., « *La naissance : une approche plus humaine et un libre choix du lieu d'accouchement* », CERE, 2013. p.3.

Conclusion

La grossesse est un moment unique dans la vie d'une femme. Elle élève d'un point de vue social et est également très instructive. Ces moments de consultations qui leurs sont accordés chaque mois sont pour elles très importants: elles se livrent sur leur ressenti, leurs émotions, leur état physique et psychique très largement modifiés.

Bien que les recommandations sur le suivi de grossesse soient bien codifiées, on retrouve des modalités de pratique très différentes chez les sages-femmes libérales. Ces différences se remarquent en comparant certains axes aux médecins généralistes mais également entre les sages-femmes que nous avons rencontrées. Ces variantes semblent liées aux caractéristiques singulières des sages-femmes (leur âge, leur parcours de vie, leur lieu d'exercice, etc.) mais vraisemblablement aussi, à celles de leurs patientes (PCS, parité, terme, etc.)

Notre étude nous a permis de voir que les sages-femmes accueillent leurs patientes dans un environnement très différent des médecins, plus convivial, plus chaleureux, un peu comme « à la maison » et les femmes semblent apprécier. Ces dernières qui leur confient le suivi de leur grossesse ont une situation sociale stable: généralement en couple, appartenant à des catégories socioprofessionnelles plutôt aisées. Ces femmes semblent désireuses d'un suivi différent de celui du médecin. Elles associent une image plus « humaine », plus « maternante » à la sage-femme qui prendra en charge leur grossesse. On pourrait croire que les patientes bénéficient d'une plus grande expérience de la maternité mais nos résultats montrent que les primipares se tournent de plus en plus vers ce type de suivi: l'information des femmes quant aux compétences de sages-femmes en matière de suivi de grossesse serait donc entrain de s'élargir ?

Cependant, notre étude nous a également permis de voir que les sages-femmes libérales sont socialement très proches de la patientèle qu'elles sont amenées à rencontrer: des femmes plutôt « citadines » en centre-ville aux femmes plutôt « natures » du milieu rural. Les consultations qui résultent de la rencontre de ces deux femmes sont parfois bien différentes. Néanmoins, les sages-femmes libérales se démarquent avec temps de consultation adapté, une écoute consciencieuse et de nombreux échanges aux thèmes très diversifiés (alimentation, PNP, famille, etc.). Leurs comportements sont également différents des médecins n'hésitant pas à se placer à proximité de leurs patientes et en leur montrant certains exercices de relaxation, de positionnement, etc.

Cette enquête observationnelle a répondu certaines de nos questions initiales. Ces interprétations restent cependant non-généralisables et ne permettent pas de tirer de conclusions globales. De plus, quelques points restent inexplorés au sein de ce travail, par manque de temps. En effet, une exploitation plus précise des caractéristiques des consultations de grossesse des médecins généralistes, en comparant nos résultats à ceux obtenus par J.Cuche à l'occasion de sa thèse, nous aurait permis de mettre en évidence des comportements différents permettant ainsi d'enrichir notre analyse. Dans un second temps, il pourrait donc être judicieux d'approfondir les différents thèmes abordés au cours des consultations de médecins généralistes, pour en faire la comparaison avec les sages-femmes libérales. Néanmoins, il serait aussi intéressant de refaire ce travail auprès de sages-femmes travaillant en institutions (hôpitaux ou cliniques) afin de comparer les pratiques de chacune.

La sage-femme invite souvent la future mère à la confiance lors du suivi de grossesse et de l'accouchement. En tant que future professionnelle, la participation à ces consultations et l'observation du comportement de ces femmes m'ont permis de prendre conscience de l'importance de l'écoute. Les femmes ont besoin de se sentir comprises, entendues et actrices dans leur grossesse. Il en résulte qu'en tant que sage-femme, on se doit donc d'être attentive dans l'accompagnement de ces femmes, ôtant le côté parfois trop médical et technique du suivi de grossesse. Les sages-femmes détiennent de larges compétences en obstétrique, se démarquant par leurs valeurs humaines et c'est pour cette approche attentive et bienveillante que les femmes s'orientent vers une sage-femme libérale.

Bibliographie

Ouvrages :

RUMEAU-ROUQUETTE., *Bien naitre. La périnatalité entre espoir et désenchantement*. Paris: EDK, 2001.

THÉBAUD F., *Quand nos grands-mères donnaient la vie... La maternité en France entre les deux guerres*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1986, 315 p.

GELIS J., *La sage-femme ou le médecin*, Paris, Fayard, 1988, 566p

BEAUVALET-BOUTOUYRIE S., *Naître à l'hôpital au XIXe siècle*, Paris, Belin, 1999,432p

Y. KNIBIEHLER et C. FOUQUET, *L'Histoire des mères du Moyen Âge à nos jours*, Paris, Montalba, 1980, 367 p.

Mémoires et thèses:

CUCHE J. *Etude des caractéristiques des consultations de femmes enceintes chez le médecin généraliste*. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, université de Nantes, 2014

HADJI-KOBIYH M. *Place du médecin généraliste dans le suivi de grossesse*. Thèse de Médecine Générale n°3726, Faculté de Caen, 2009.

CATIMEL B., *Parcours de suivi de grossesse de femmes résidant en zone sous-médicalisée*. Étude qualitative auprès de 11 patientes résidant dans le nord de la Loire-Atlantique, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, université de Nantes, 2013,

CLAUTOUR L., *Parcours de suivi de grossesse de femmes résidant en zone sous-médicalisée*. Étude qualitative dans le Sud-Est de la Vendée, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, université de Nantes, 2013,

PERRON M., *Le généraliste et les femmes enceintes. Étude de patientèles en Maine et Loire*, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université d'Angers, 2012.

BOBENRIETH B., *Profil sociologique des femmes effectuant un suivi prénatal chez une sage-femme libérale*, Mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, université de Nantes, 2012.

PEPIN-MOINARD M., *Déterminants et critères du choix du professionnel pour le suivi des grossesses à bas risque*, thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université de Nantes, 2012

MOYON M., *L'exercice libéral des sages-femmes en Pays de Loire*, Mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, université de Nantes, 2012.

Sites :

Sites de l'ordre des sages-femmes de France :

<http://ordre-sages-femmes.fr/> Exercice de la profession et histoire de la profession, consulté le 2 aout

Histoire de la formation des sages-femmes en France, Jeanne Bethuys 2011-2012/ <http://www.uvmf.org>, consulté le 23 juillet

Site de l'assurance maladie :

<http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-allez-avoir-un-enfant/vous-etes-enceinte-votre-grossesse/le-suivi-de-votre-grossesse-mois-apres-mois.php>

<http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-allez-avoir-un-enfant/vous-etes-enceinte-votre-conge-maternite/duree-du-conge-maternite.php>, consulté le 10 octobre

Site officiel de périnatalité :

[http://www.perinat-france.org/portail-grand-public/reseaux/accouchement-maternites/Les maternités type I-II-III](http://www.perinat-france.org/portail-grand-public/reseaux/accouchement-maternites/Les%20maternites%20type%20I-II-III) consulté le 11 août

Site de l'ordre des gynécologues et obstétriciens de France :

<http://www.cngof.fr/demographie-et-offre-de-soins>

http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/cngof_info-echographie-OK.pdf, consulté le 26 juillet

Site du conseil de l'ordre national des médecins :

http://www.demographie.medecin.fr/sites/default/files/atlas_demographie/atlas_2015.pdf, consulté le 26 juillet

Outils statistiques :

BLONDEL B, KERMARREC M., « *La situation périnatale en France en 2010* », Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. » Drees, 2011

DANIEL SICART, « *Les professions de santé au 1er janvier 2014* », Document de travail, Série Statistiques, n°189, Drees, juin 2014.

DANIEL SICART, « *Les médecins au 1er janvier 2013* », Document de travail, Série Statistiques n°179, Drees, avril 2013

Articles :

HARDY A-C. et al., « *Grossesses à suivre. Les déterminants de l'usage de l'offre territoriale de soins périnataux* », Recherches familiales , n° 12 , 2015

FANIEL A., « *La naissance : une approche plus humaine et un libre choix du lieu d'accouchement* », CERÉ, 2013

BOULOT P., « *De quels professionnels auront besoin les maternités de demain ?* », Gynécologie Obstétrique & Fertilité 32, 2004, p. 191–192.

ASTRUC K., RAHA S, PETITPREZ K., « *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées* », Recommandations Mai 2007, HAS

ATTAL-TOUBERT., VANDERSCHeldenM., « *La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales* », Dossier solidarité et santé, N°12, 2009

La santé périnatale dans les Pays de Loire, rapport de 2013 de ORS et Réseau « sécurité naissance » - « Naître ensemble »

Sages-femmes dans « *La santé observée en Pays de Loire : Tableau de bord régional sur la santé. Edition 2011* » ORS Pays de Loire, août 2010 , 3p

Soins en gynécologie-obstétrique dans « *La santé observée en Pays de Loire : Tableau de bord régional sur*

la santé. Edition 2011 » ORS Pays de Loire, août 2010 , 3p

BLONDEL B., KERMARREC M., *Enquête nationale périnatale 2010*, op. Cit., p.22.

Pr. BREART, Pr. PUECH, Pr. ROZE., *Plan « périnatalité » 2005-2007 : “Humanité, proximité, sécurité, qualité”*. 42 p. Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.

BLONDEL B., NORTON J., MAZAUBRUN C., *Enquête nationale périnatale de 1998*, 25p, ORS, 1999

Chapitre VI Rôle des sages-femmes dans le système de soins, Rapport de la Sécurité sociale de 2011, Cour des comptes, septembre 2011

Historique du système français de Sécurité sociale, Rapport de la Sécurité sociale de 2011, Cour des comptes, septembre 2011

VILAIN A., GONZALEZ L. et al ; « *Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques* », *Études et résultats*, DREES, n°848, juillet 2013

Synthèse de recommandations professionnelles. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Mai 2007, HAS

INSEE : recensement de la population 2013

INSEE : fécondité selon l'âge de la mère en 2013

Article R6123-39 du CSP

Annexe 1 :

Surveillance clinique de la grossesse :

Le premier examen prénatal doit avoir lieu avant la fin du troisième mois de grossesse et les six autres doivent avoir une périodicité mensuelle à partir du quatrième mois et jusqu'à l'accouchement.

Cependant, le nombre de consultations prénatales recommandé par la HAS est de plus en plus fréquemment dépassé. Les recommandations actuelles préconisent :

- **Une première consultation prénatale avant 10 semaines d'aménorrhée (SA) :** afin de faire le diagnostic de grossesse, de la dater et d'apprécier le plus précocement possible le niveau de risque de la grossesse.

Cette consultation inclut notamment : la recherche de facteurs de risque ciblée sur les pathologies chroniques (HTA, diabète) ; la prescription d'examens complémentaires, la prévention de malformations du tube neural par prescription d'une supplémentation en folates ; une proposition de dépistage des anomalies chromosomiques foetales par mesure échographique de la clarté nucale et dosage de marqueurs sériques ; et une information orale sur le suivi général de la grossesse (alimentation, risques infectieux, organisation des soins, examens de dépistage, sensibilisation aux effets du tabac et de l'alcool, etc.) Lors de cette consultation, l'examen clinique comporte à la fois : poids, taille, prise de tension artérielle, examen des seins et frottis cervico-vaginal (si datant de plus de 2-3 ans).

- **Une deuxième consultation vers 15 SA :** permet de déclarer la grossesse et de fixer la date présumée d'accouchement (après la première échographie). Lors de cette consultation la patiente se verra proposer un entretien individuel au 4^{ème} mois afin de rechercher les éventuels facteurs de stress ou toute forme d'insécurité (précarité, famille...). Parallèlement, 7 séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont systématiquement proposées.
- Les recommandations prévoient ensuite une visite mensuelle à compter du quatrième mois, soit un suivi en sept consultations jusqu'à l'accouchement. Chaque consultation se construit de la même manière avec un interrogatoire médical et obstétrical, suivi d'un examen clinique : poids, tension artérielle, hauteur utérine, bruits du cœur et recherche de mouvements foetaux, signes fonctionnels urinaires, contractions.
- **La consultation du neuvième mois** est elle plus axée sur l'établissement du pronostic de l'accouchement, l'examen évalue notamment la morphologie du bassin maternel, la présentation et la trophicité du fœtus. On vérifiera également l'environnement familial et les conditions d'accueil du bébé.⁶⁰

⁶⁰ BRANGER & al., *Le guide pratique pour la surveillance des grossesse à bas risque. Du projet de la naissance à l'accouchement. URPS 2011, p 24*

Surveillance biologique de la grossesse :

Quatre pathologies infectieuses, la toxoplasmose, la rubéole, la syphilis et l'hépatite B ainsi que l'allo immunisation materno-fœtale anti-D, font l'objet d'un programme de dépistage prénatal obligatoire en France depuis la fin des années 1970. Il s'agit de pathologies potentiellement graves pour le fœtus et qui nécessitent une prise en charge rapide et adaptée, d'où l'importance de les dépister. Ci-joint, les recommandations ont été répertoriées dans un tableau :

TABLEAU RECAPITULATIF DES EXAMENS BIOLOGIQUES

	Examens à prescrire obligatoirement	Examens à proposer systématiquement	Examens à prescrire éventuellement
1^{er} examen et / ou déclaration grossesse	<ul style="list-style-type: none"> . Sérologie rubéole si non immunisée ou en l'absence de documents écrits confirmant l'immunité (sauf si preuve de 2 vaccinations trivalentes réalisées) . Sérologie toxoplasmose si non immunisée ou en l'absence de documents écrits confirmant l'immunité. . Sérologie syphilis . Groupe sanguin (2 déterminations) . RAI (quelque soit Rh) . Albuminurie, glycosurie 	<ul style="list-style-type: none"> . Sérologie VIH 1 et 2 (informations sur les risques de contamination materno-fœtale) . Marqueurs sériques T21 : dépistage combiné du T1 (entre 11 SA et 13 SA + 6 jours) 	<ul style="list-style-type: none"> . NFS dépistage carence martiale précoce, . Sérologie VHB et VHC Si situations à risque . Glycémie à jeun Si facteur(s) risque de diabète gestationnel, . Electrophorèse de l'Hb Si origine Afrique, Antilles.. . TSH Si antécédents de dysthyroïdie ou sous traitement substitutif (contrôle mensuel). . BU* . ECBU** Si BU positive
4^{ème} mois	<ul style="list-style-type: none"> . Sérologie toxoplasmose si non immunisée . Albuminurie, glycosurie 	<ul style="list-style-type: none"> . Marqueurs sériques T21 du T2 en l'absence d'un dépistage combiné du T1. 	<ul style="list-style-type: none"> . BU* . ECBU si BU positive . TSH
5^{ème} mois	<ul style="list-style-type: none"> . Sérologie toxoplasmose si non immunisée . Sérologie rubéole si non immunisée. . Albuminurie, glycosurie 		<ul style="list-style-type: none"> . BU* . ECBU** si BU positive . TSH
6^{ème} mois	<ul style="list-style-type: none"> . Sérologie toxoplasmose si non immunisée . RAI si Rh négatif ou Rh positif avec antécédents de transfusions . NFS . Ag HbS . Albuminurie, glycosurie 		<ul style="list-style-type: none"> . HGPO 2h 75g glucose Si facteur(s) de risque DG et glycémie à jeun début grossesse < 0,92 g/l . BU* . ECBU** si BU positive . TSH
7^{ème} mois	<ul style="list-style-type: none"> . Sérologie toxoplasmose si non immunisée . Albuminurie, glycosurie 		<ul style="list-style-type: none"> . HGPO 2h 75g glucose Si facteur(s) de risque DG et glycémie à jeun début grossesse < 0,92 g/l <u>et non réalisé antérieurement.</u> . BU* . ECBU** si BU positive . TSH
8^{ème} mois	<ul style="list-style-type: none"> . Sérologie toxoplasmose si non immunisée . RAI si Rh – (sauf si injection ROPHYLAC au 6^{ème} mois), si Rh positif avec antécédents de transfusions. . Groupe sanguin (vérifier si 2^{ème} détermination faite) . Albuminurie, glycosurie 		<ul style="list-style-type: none"> . HGPO 2h 75g glucose Si facteur(s) de risque DG et glycémie à jeun début grossesse < 0,92 g/l <u>et non réalisé antérieurement.</u> . BU* . ECBU** si BU positive . TSH
9^{ème} mois	<ul style="list-style-type: none"> . Sérologie toxoplasmose si non immunisée . RAI si Rh – (sauf si injection ROPHYLAC au 6^{ème} mois) si Rh positif avec antécédents de transfusions. . Albuminurie, glycosurie 		<ul style="list-style-type: none"> . HGPO 2h 75g glucose Si facteur(s) de risque DG et glycémie à jeun début grossesse < 0,92 g/l <u>et non réalisé antérieurement.</u> . BU* . ECBU** si BU positive

La surveillance échographique de la grossesse :

En France, l'échographie est introduite en médecine au début des années 80 et la technique est essentiellement utilisée par quelques radiologues et obstétriciens.

Les années 90, avec leurs avancées technologiques engendrent une baisse sensible des coûts de l'ensemble de l'appareillage électronique et favorisent la généralisation de l'échographie obstétricale : l'échographie foetale devient une exploration systématique, prise en charge par la collectivité.

Les échographies font partie des examens qui doivent être proposées aux patientes, elles ne sont pas obligatoires. Les recommandations actuelles prévoient un minimum de trois échographies de suivi de la grossesse.

- **La première échographie obstétricale entre 11 et 14 SA :** permet la datation de la grossesse, l'identification d'une éventuelle grossesse gémellaire et le dépistage de malformations précoces et de la trisomie 21, doit être systématiquement proposée lors de la première consultation.
- **La deuxième entre 20 et 25 SA :** évaluera entre autres la croissance foetale, la présence de certaines malformations, la quantité de liquide amniotique et la position du placenta.
- **La troisième entre 30 et 35 SA :** détaillera l'aspect et l'insertion du placenta, la présentation du fœtus, et permettra un bilan morphologique ainsi que le dépistage d'un PAG (petit poids pour l'âge gestationnel) associé ou non à un RCIU (retard de croissance intra-utérin) ou d'une macrosomie.⁶¹

⁶¹Site du Collège national des gynécologues-obstétriciens français: http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/cngof_info_echographie-OK.pdf.

Quand faire appel à un spécialiste ?

Les recommandations de bonnes pratiques actuelles prévoient que le suivi de la femme enceinte (premier examen prénatal et consultations prénatales mensuelles) peut être assuré par un médecin généraliste ou une sage-femme en cas de grossesse dont le risque de complications est jugé comme faible. La femme suivie ne doit notamment pas présenter certains antécédents médicaux (hypertension artérielle (HTA), diabète, complications obstétricales, etc.) et facteurs de risque pendant la grossesse actuelle (HTA gravidique, survenue de maladies infectieuses, menace d'accouchement prématuré, etc.).⁶²

Les professionnels de santé doivent donc, lors de chaque consultation, identifier les situations à risque et orienter les patientes. **Un ensemble de différents facteurs rentre en compte dans l'estimation du niveau de risque :**

- **des facteurs de risques généraux** (facteurs individuels et sociaux, un risque professionnel, des antécédents familiaux) ;
- **des antécédents personnels préexistants, gynécologiques ou non** (chirurgicaux ou pathologies utéro-vaginales) ;
- **des antécédents personnels liés à une grossesse précédente** (antécédents obstétricaux ou liés à la naissance de l'enfant) ;
- **une exposition à des toxiques** (alcool, tabac, drogues, médicaments tératogènes) ;
- **des facteurs de risque médicaux** (diabète gestationnel, hypertension artérielle, trouble de la coagulation) ;
- **des maladies infectieuses** (toxoplasmose, rubéole, herpès, syphilis) ;
- **des facteurs de risque gynécologiques et obstétricaux** (cancer du sein, hématome retro placentaire, incompatibilité foeto-maternelle).

Différents types de suivis ou demandes d'avis sont possibles en fonction du risque que présente la grossesse :
Quel suivi pour quelle grossesse ?²²

Suivi A : lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou que ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme.

- **Avis A1**: l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.
- **Avis A2**: l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

Suivi B : lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.⁶³

⁶² ASTRUC K., RAHA S, PETITPREZ K., « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées », *Recommandations Mai 2007, HAS*.

⁶³ Synthèse de recommandations professionnelles. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Mai 2007, HAS.

Annexe 2 :

Fiche sage-femme libérale

Code **SFL** :

Numéro :

- Sexe :
- Age :
- Nb d'enfants :
- Année de DE :
- DIU obtenus (gynécologie, sophrologie, acupuncture...) : → années ?

- Autres exercices (actuellement et antérieurement)

oui lesquels :

non

Cabinet :

- Commune

< 5000 hab

5000–60000 hab

>60000 hab

- Cabinet :

seule

gp SFL

maison de santé pluridisciplinaire

- Depuis quand elle exerce dans ce cabinet : ... ans

→ **Recueil d'informations** (parcours de vie, famille, centres d'intérêt, pk ce type d'exercice ? motivations...)

Parlez moi un peu de vous...

Description du cabinet

- Salle d'attente :
 - Chaises, canapé... et nombre :
 - Table :
 - Lumière :
 - Couleur du lieu :
 - Revues ou livres (types et nombre) :

 - Publicité (échantillons, affiche, carte, documents)

 - Espace enfants ?

- Bureau d'entretien et d'examen : (séparé ?)

- Taille du lieu :
 - Couleur :
 - Lumière :
 - Sol (moquette, carrelage, tapis...) :
 - Tableaux (grossesse, art...) :
Faire-part naissance, photos bébé ?

 - Bureau (taille, comment est-il placé ?) :

 - Chaises ou fauteuils... et nombre :
 - Dossier (papier ou ordinateur) :
 - Accessoires ou planche de dessins explicatifs :

 - Zone d'intimité et porte-manteaux pour le déshabillage :
 - Table d'examen (coussin, plaid, protection...) :

 - Matériels (rangés, à la vue, commodes, armoires, guéridons) :

 - Organisation de l'espace (fonctionnel ?)

Fiche d'observation de consultation

Patiente (3 lettres): ...

- Age: ...
- Profession :
- Situation professionnelle:
 - en emploi : temps plein temps partiel salariée indépendante
 - chômage
 - sans activité professionnelle
 - étudiante
 - autre préciser:...
 - Emploi actuel ou dernier emploi : ...
- Secteur :
 - Commerce/industrie
 - Social/éducatif
 - Sanitaire
 - autres
- Niveau d'études (diplômes):
- Situation familiale: Conjoint âge et profession :
 - mariée/pacsée
 - célibataire
 - concubinage
 - autre préciser:...
- Couverture sociale :
 - SS
 - CMU
 - aucune
 - Mutuelle :
 - Oui
 - Non
 - Gestité/Parité: G.../P...
 - Sexe et Age des enfants :
 - Terme de la grossesse: ...SA
 - Lieu prévu d'accouchement:...

- Proximité du cabinet :

- <1km
- 1-5 km
- > 5km

- Suivi gynéco antérieur par:

- gynéco
- sage-femme
- MT

- Date de la 1ère consultation (ancienneté du suivi):

- Suivi antérieur :
 - Gynécologue
 - MG
 - SFL Si oui pk : - PNP, Consultation, Autres
- Nouveau Suivi

- Comment avez-vous connu le cabinet ?

- Médecin
- Internet
- Relations
- Autres

- Pourquoi choisir une SFL pour le suivi de la grossesse ?

- Terme ?

- Expression:

- vouvoisement
- tutoiement
- tutoiement réciproque

- S'appellent par leurs prénoms
 - Prénoms tous
 - Prénom femme / Mme SF
 - Prénom SF / Mme femme
 - Mme tous

Motif de consultation:

- Suivi programmé de grossesse hors 4^{ème} mois
- Suivi+ Entretien du 4^{ème} mois
- Contractions
- Métrorragies
- Questions(bb,vie...)

Résultats de la consultation :

Conseils donnés:....

Prescription

nombre de médicaments:

▪ Types :

- Compléments alimentaires
- Anti-Douleurs
- Autres

nombre d'examens biologiques:

▪ Types :

- Toxoplasmose
- Albuminurie
- Glycémie à jeun
- Numération
- Autres

imagerie:

- Echographie
- Radiographie

consultation spécialiste :

- Gynécologue- Obst
- Psychologue
- Diététicienne
- Endocrinologue
- Autres

Prochaine consultation de suivi de la grossesse programmée:

oui

non

Autres consultations avec la SFL : PNP Autres

Notice explicative

Informations pour remplir la grille d'observation :

- **H** :

Remplir l'heure de début de la consultation type 14h15

Marquer l'heure à chaque moment important de la consultation (par exemple aux changements de position, aux changements d'action ou de thèmes).

Vous pouvez n'écrire que les minutes si l'heure de change pas.

- Postures PSF et PP : SF et patiente :

o **A** : assis

o **D** : debout

o **L** : allongée

Penser bien à noter chaque changement de position ainsi que l'heure correspondante

- Colonne SF (sage-femme) :

o cocher **Q** si SF pose une question

o cocher **I** si SF donne une information

- Colonne P (patiente):

o cocher **Q** si la patiente pose une question

o cocher **I** si la patiente donne une information

- Thèmes (de l'échange):

C : s'il s'agit du physique

P : s'il s'agit de psychologique

E : s'il s'agit d'environnement

- Contenu/action :
 - cela permet d'ajouter quelques mots pour expliciter le contenu de l'échange

Voici une liste (non exhaustive) d'exemples de *contenu de l'échange* :

- ATCD médicaux, familiaux, obstétricaux, chirurgicaux...
- Contexte psychologique
- Signes fonctionnels (nausées, fatigue, SFU, SFD, pertes, douleur)
- Violences subies ?
- Situation familiale
- Troubles du sommeil
- Situation professionnelle
- Consommations toxiques, psychotropes
- Conditions d'habitation
- Ressources/couverture sociale
- Préparation accouchement
- Alimentation
- Préparation à l'accueil de l'enfant
- Père
- Proposition entretien avec un autre professionnel de santé
-

- Lister les actions lors de *l'examen physique* :

Voici la liste des actions à lister :

- ❖ Pesée
- ❖ Prise de TA
- ❖ Examen des seins
- ❖ Hauteur utérine
- ❖ Palpation abdominale
- ❖ BDC
- ❖ Etat veineux
- ❖ Examen général
- ❖ TV
- ❖ Spéculum
- ❖ FCV

Annexe 3 :

Cabinet	Centre-ville				Périurbain		Rural
Lieu	Nantes						Challans
Nb de SFL associées au cabinet	4				2		2
SFL rencontrées	Sophie	Florence	Nathalie	Chantal	Carole	Anna	Lucie
Âge	34 ans	40 ans	49 ans	51 ans	28 ans	26 ans	36 ans
Année du DE	2003	1997	1989	1986	2010	2013	2002
Années d'exercice au sein du cabinet	4 ans	14 ans	24 ans	4 ans	4 ans	1 an	3 ans
Nb enfants	2	2	3	4	1	0	2
Exercices antérieurs au libéral	Hospitalière (1 an) + Planning familial	Hospitalière (2 ans) + Dispensaire en Guyane (2 ans)	Hospitalière (2 ans)	Hospitalière (5 ans) + Professeur de Yoga (2 ans) + SFL pratiquant l'accouchement à domicile (18ans)	Hospitalière (2 mois) + PMI de Mayotte (4 mois)	Hospitalière (10 mois)	Hospitalière (10 ans)
Diverses pratiques	Gynécologie, Sophrologie ⁶⁴ , PNP De Gasquet et CMP ⁶⁵	Gynécologie, Sophrologie, PNP en piscine et CMP	PNP en piscine et Rééducation périnéale par sonde vaginale	Yoga et CMP	Shiatsu ⁶⁶ Ostéopathie, Psychologie et CMP	Shiatsu et CMP	Compréhension psychique de la grossesse et CMP ou Eutonie ⁶⁷

⁶⁴ Mise au point en 1960 par le neuropsychiatre Alfonso Caycedo, la sophrologie est une méthode de détente et de relaxation. Cette « étude de l'harmonisation de la conscience », propose différents outils pour prendre conscience de son corps, de ses tensions, et ainsi être plus autonome. Respiration, détente corporelle, visualisation positive : en préparation à l'accouchement / <http://www.federation-sophrologie.org/>

⁶⁵ « Connaissance et maîtrise du périnée » C'est une méthode éducative de rééducation périnéale centrée sur la conscience corporelle, basée sur des visualisations/ <http://www.institutnaissanceetformations.fr>

⁶⁶ Le Shiatsu, technique de thérapie manuelle d'origine japonaise, c'est une discipline énergétique de détente qui consiste en des étirements et des pressions appliquées sur l'ensemble du corps./ <http://www.ffst.fr>

⁶⁷ L'eutonie est une pratique d'hygiène de vie corporelle inventée au Danemark. Basée sur l'écoute de son corps pour mieux le connaître et mieux l'utiliser, les exercices d'eutonie détendent, suppriment certaines tensions et certaines douleurs, facilitent les mouvements et contribuent à la connaissance de soi./ <http://www.institut-eutonie.com>

Résumé

En France, la grossesse peut être suivie par un médecin: gynécologue-obstétricien ou généraliste mais aussi une sage-femme. Certaines femmes font le choix de confier leur grossesse à des sages-femmes libérales.

Cette étude a pour but de s'intéresser aux caractéristiques des consultations de grossesses des sages-femmes libérales. Qui sont ces sages-femmes ? Où exercent-elles ? Qui sont les femmes qui font suivre leur grossesse par une sage-femme libérale ? Afin de mieux comprendre les interactions qui en découlent: combien de temps dure une consultation ? De quoi parlent-elles ? Que font-elles ?

L'étude réalisée ici se base sur les résultats de trente-six observations directes non participatives, réalisées dans trois cabinets différents auprès de trente-quatre femmes enceintes différentes. Ces données ont permis de comprendre certaines hypothèses mais il serait intéressant de confronter plus finement ces résultats aux consultations de médecins généralistes.

Les sages-femmes libérales reçoivent toutes leurs patientes dans des cabinets très chaleureux et conviviaux mais chacune rencontre une population différente de patientes, dont elles sont socialement très proches. Les consultations que en découlent sont parfois bien différentes en fonction des femmes et des sages-femmes cependant de grands points communs apparaissent. Les sages-femmes libérales se caractérisent le plus souvent par des consultations longues, une écoute consciencieuse et de multiples échanges aux thèmes très diversifiés (alimentation, PNP, famille, etc.). Leurs comportements sont également différents des médecins, elles n'hésitent pas à se placer au plus près de leurs patientes ou bien à leur montrer certains exercices (relaxation, de positionnement, etc.)

Plus que de simples observations, ce travail permet d'apporter une réflexion quant au déroulement des consultations de grossesse et sur les différents points qui semblent importants pour les femmes enceintes.

Mots clés :

sage-femme libérale ; médecin généraliste ; suivi prénatal ; consultations de grossesse ; patiente